

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep lansia

1. Pengertian

Menurut UU No.3 tahun1998 dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Maryam, 2010)

Seseorang yang sudah berusia umur 60 tahun atau lebih bisa dikatakan sebagai lanjut usia. Dimana usia lanjut merupakan tahap masa tua dalam perkembangan individu (Maryam et al, 2010).

Menurut Ratna Suhartini lansia atau lanjut usia adalah tahap akhir dari proses penuaan, pada tahap ini biasanya individu tersebut sudah mengalami kemunduran fungsi fisiologis organ tubuhnya (Fitrah, 2010).

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut WHO (*World Health Organization*)

Usia pertengahan (*middle age*): 45-59 tahun

Lanjut usia(*elderly*) : 60-74 tahun

Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun

Usia sangat Tua (*very old*) : di atas 90 tahun

(Naftali dan Anwar, 2017)

3. Teori Proses Menua

Teori Biologi

Teori biologi mencakup teori genetik dengan proses dengan proses penuaan yaitu teori biologi, teori psikologis, teori sosial(Maryam, 2008).

1) Teori Genetik dan Mutasi

Menurut teori genetic dan mutasi, semua terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan bio kimia yang di program oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsi sel) terjadi pigman atau lemak dalam tubuh yang disebut teori akumulasi dari produk sisa, sebagai contoh adalah adanya lipofusin di sel otot jantung dan sel susunan saraf pusat pada lansia yang mengakibatkan terganggunya fungsi sel itu sendiri (Maryam, 2008)

2) Teori psikososial

a) Teori interaksi sosial

Teori ini menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu,yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat (Nugroho,2008).

b) Teori aktivitas atau kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial (Nugroho,2008).

c) Teori kepribadian berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Dengan demikian, pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia(Nugroho,2008).

d) Teori Pembebasan

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya(Nugroho, 2008).

B. Konsep Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes,2014)

Hipertensi merupakan gangguan kesehatan yang di tandai adanya tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolic lebih tinggi dari 90 mmHg (Mujahidullah, 2012).

Hipertensi dasar adalah peningkatan tekanan darah secara tetap khususnya, tekan diastolic melebihi 95 mmHg yang tidak bisa dihubungkan dengan penyebab organik apapun. Hampir 85% kasus hipertensi sesuai dengan pengertian ini, sedangkan 15% sisanya mencakup berbagai bentuk hipertensi sekunder, yang bisa disebabkan oleh beberapa kondisi (Carlson, 2016)

2. Etiologi

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia biasanya terjadi perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

(Nurarif, 2015)

3. Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut JNC VII, (Bianti, 2015)

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Normal	<120	<80
2	Pra hipertensi	120-139	80-89
3	Hipertensi stage 1	140-159	80-99
4	Hipertensi stage 2	160-179	100-109

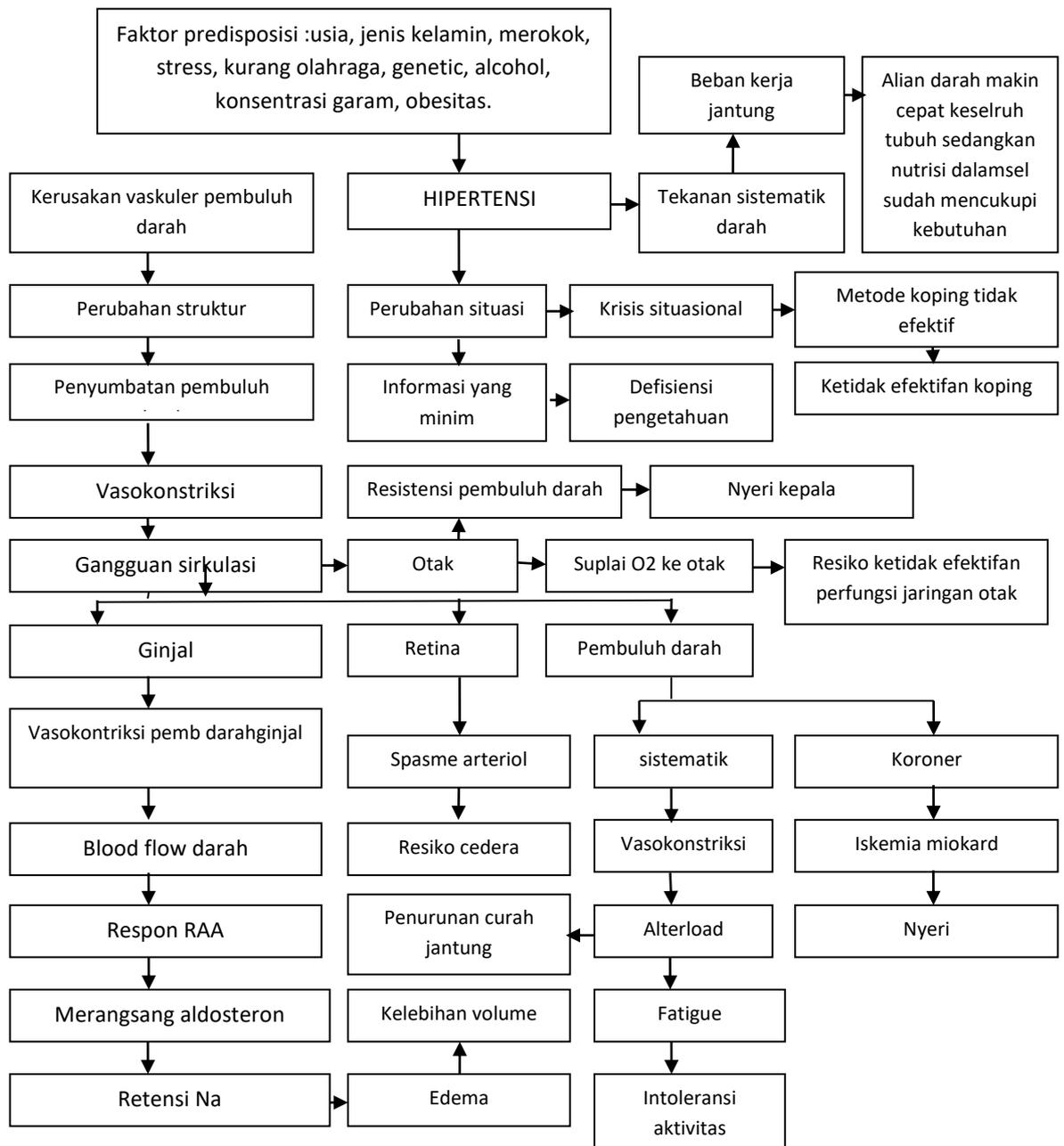
4. Manifestasi klinis

Menurut Nurarif tahun 2015 tanda dan gejala hipertensi yaitu:

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing pada bagian tengkuk kepala
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epistaksis
- h. Kesadaran menurun

5. Pathway Hipertensi

Bagan 2.1
Pathway Hipertensi



Skema 2.1 patofis hipertensi (Nurarif,2015)

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurarif tahun (2015) pemeriksaan penunjang pada hipertensi yaitu

- a. Pemeriksaan laboratorium
 - 1) Hb / Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas)
 - 2) BUN / kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal
 - 3) Glucosa : hiperglikemia
- b. CT Scan : mengkaji adanya tumor cerebral , encefalopati
- c. EKG : dapat menunjukkan pola regangan , dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
- d. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi
- e. Foto dada: menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

C. Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif, 2015).

Nyeri adalah suatu sensori yang tidak menyenangkan dari suatu emosional di sertai kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial atau kerusakan jaringan secara menyeluruh (Zakiyah dan Ana, 2015).

2. Tipe nyeri

a) Nyeri akut

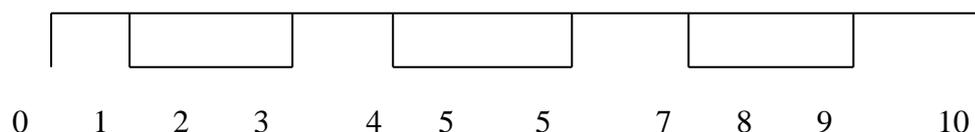
Peristiwa baru, tiba-tiba, durasi singkat. Berkaitan dengan penyakit akut, seperti operasi, prosedur pengobatan atau trauma. Timbul akibat stimulus langsung terhadap rangsangan noxius, misalnya mekanik dan inflamasi. Umumnya bersifat sementara, dan area nyeri dapat diidentifikasi.

b) Nyeri kronis pengalaman nyeri yang menetap atau kontinu selama lebih dari enam bulan. Intensitas nyeri sukar untuk diturunkan sifatnya kurang jelas dan kecil kemungkinan untuk hilang dan rasa nyeri biasa meningkat (Zakiyah dan Ana, 2015).

3. Pengkajian nyeri

Skala nyeri numerik skala 0-10 (*comparative pain scala*)

Rentang skala nyeri



Keterangan:

0 : Tidak ada rasa nyeri

1 : Nyeri hampir tidak terasa / normal

2 : Tidak menyenangkan (nyeri ringan)

3 : Bisa ditoleransi (nyeri sangat terasa)

4 : Menyedihkan (kuat, nyeri yang dalam)

5 : Sangat menyedihkan (kuat, dalam, nyeri yang menusuk)

6 : Intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampak mempengaruhi salah satu dari panca indra)

7 : Sangat intens (kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat) dan merasakan rasa nyeri yang sangat mendominasi indra si penderita.

8 : Benar-benar mengerikan (nyeri yng begitu kuat)

9 : Menyiksa tidak tertahankan (nyeri yang begitu kuat) sehingga si penderita tidak bisa mentoleransikannya.

10 : Sakit yang skala nyeri tidak terbayangkan tidak dapat diungkapkan (nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri).

Dari sepuluh skala dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas si penderita. Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita. Skala 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan terapi medis dan tidak dapat melakukan pola aktivitas mandiri (Zakiah dan Ana, 2015).

D. Konsep relaksasi otot progresif

Menurut Murti et al (2011) terapi relaksasi otot progresif adalah teknik sistematis untuk mencapai keadaan relaksasi. Metode yang diterapkan melalui penerapan metode progresif dengan latihan bertahap dan berkesinambungan pada otot skeletal dengan cara menegangkan dan melemaskannya yang dapat mengembalikan perasaan otot sehingga otot menjadi rileks (Resti, 2018).

Menurut Edmund Jacobson teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam, yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan, atau sugesti. Relaksasi otot progresif akan menurunkan denyut nadi dan tekanan darah (Maria, 2015).

Relaksasi otot progresif adalah gerakan dan melemaskan otot-otot pada suatu bagian tubuh pada satu waktu memberikan perasaan rileksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan otot secara progresif ini dilakukan secara berturut-turut (Siti, 2014)

Maria (2015) teknik relaksasi otot progresif dapat dilakukan dengan secara bertahap dan di praktekan dengan berbaring atau duduk di kursi dengan kepala di topang dengan bantal. Setiap kelompok otot ditegangkan selama 5-7 detik dan direlaksasikan selama 10-20 detik. Prosedur ini di ulang paling tidak satu kali.

Petunjuk relaksasi progresif dibagi menjadi 2 bagian:

- a. Mengulang kembali pada saat praktek sehingga lebih mengenali otot tubuh yang paling sering tegang

- b. Menggunakan prosedur singkat untuk merilekskan beberapa otot secara stimulant sehingga relaksasi otot dapat dicapai dalam waktu singkat

Waktu yang diperlukan untuk melakukan relaksasi otot progresif sehingga dapat menimbulkan efek yang maksimal adalah selama satu sampai dua minggu dan dilaksanakan selama satu sampai dua kali 15 menit per hari.

Menurut Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuannya dari teknik relaksasi otot progresif adalah :

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung , laju metabolik.
- b. Mengurangi distritma jantung, kebutuhan oksigen
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti rileks
- d. Meningkatkan rasa kebugaran , konsentrasi
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress
- f. Membangun emosi positif dan emosi negatif

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan. Pengkajian ini meliputi aspek fisik, psikis, social dan spiritual dengan melakukan kegiatan pengumpulan data melalui

wawancara, observasi dan pemeriksaan. Pengkajian pada lansia dikeluarga dilakukan dengan melibatkan keluarga sebagai rang terdekat yang mengetahui tentang masalah kesehatan lansia (Maryam et al, 2010).

Menurut Aspiani (2014) konsep asuhan keperawatan yaitu :

a. Pengumpulan data

1) Identitas

Identitas Partisipan yang biasa dikaji pada penyakit sistem kardiovaskuler adalah usia ,karena ada beberapa penyakit kardiovaskuler banyak terjadi pada Partisipan di atas usia 60 tahun

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada Partisipan dengan penyakit kardiovaskuler seperti :gagal jantung kongestif,penyakit jantung koroner,hipertensi adalah Partisipan mengeluh nyeri dada sebelah kiri,disertai sesak nafas dan ketidakmampuan untuk beraktivitas

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh Partisipan dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai Partisipan dibawa ke Rumah Sakit,dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain Rumah Sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan

bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

4) Riwayat Penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat kardiovaskuler sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat mengonsumsi alkohol dan merokok.

5) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

6) Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri dada sebelah kiri dan sesak nafas.

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) keadaan umum
- 2) Kesadaran
- 3) Tanda – tanda Vital :
- 4) Pemeriksaa *Review of system*
 - a) Sistem Pernafasan
 - b) Sistem Sirkulasi
 - c) Sistem Persyarafan
 - d) Sistem Perkemihan

- e) Sistem Pencernaan
 - f) Sistem Muskuloskeletal
- c. Pola fungsi kesehatan
- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat
 - 2) Pola nutrisi
 - 3) Pola eliminasi
 - 4) Pola tidur dan istirahat
 - 5) Pola aktivitas dan istirahat
 - 6) Pola hubungan dan peran
 - 7) Pola sensori dan kognitif
 - 8) Pola persepsi dan konsep diri
 - 9) Pola seksual dan reproduksi
 - 10) Pola mekanisme/penanggulangan stress dan coping

Pola tata nilai dan kepercayaan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil pengkajian untuk menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat berupa diagnosa keperawatan individu, diagnosa keperawatan keluarga dengan lansia, ataupun diagnosa keperawatan pada kelompok lansia (Maryam et al, 2010).

Menurut Nurarif (2015) diagnosa keperawatan hipertensi yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload

- c. ketidakefektifan koping
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- f. Resiko cedera
- g. Defisiensi pengetahuan
- h. Ansietas

3. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan suatu tindakan yang diberikan oleh perawat untuk memecahkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan (Nugroho, 2008).

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Dx keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler	<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri 1) partisipan mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri) 2) partisipan melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3) partisipan melaporkan perasaan nyaman setelah nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri 1. lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif 2. kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 3. ajarkan tentang tehnik non farmakologi 4. pilih dan lakukan penanganan nyeri non farmakologi 5. evaluasi kultur nyeri 6. tingkatkan istirahat - Relaksasi otot progresif

		<ul style="list-style-type: none"> - Relaksasi otot progresif 1) partisipan merasa rileks 2) tekanan darah partisipan dalam keadaan normal 3) Menurunkan ketegangan otot, menurunkan nyeri leher dan punggung. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilih atau seting lingkungan yang tenang dan nyaman 2. biarkan pasien tegang selama 5 sampai 10 detik setiap kelompok otot 3. intruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi yang terjadi dalam otot ketika paasien menjadi tegang 4. intruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi otot pada saat rileks 5. intruksikan pada pasien untuk bernafas dalam dan pelan serta menghembuskan serta nafas dan melepaskan ketegangan
2	Penuruan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload	<ol style="list-style-type: none"> 1) tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah , nadi, respirasi) 2) partisipan dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan 3) partisipan tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites 	<ol style="list-style-type: none"> 1. monitor status kardiovaskuler 2. monitor adanya perubahan tekanan darah 3. anjurkan untuk menurunkan stress 4. monitor kualitas dari nadi 5. monitor sianosis perifer 6. atur periode latihan dan istirahat untuk menghindaari kelelahan 7. anjurkan untuk menurunkan stress 8. identifikasi penyebab dari perubahan

3	Ketidakefektifan koping	<ol style="list-style-type: none"> 1) partisipan mampu mengidentifikasi pola koping yang efektif 2) partisipan mengatakan penurunan stress 3) partisipan mampu mengidentifikasi strategi tentang koping 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan partisipan alternative atau solusi lain penganan 2. memfasilitasi partisipan untuk membuat keputusan 3. memberikan informasi mengenai penyakit 4. anjurkan pasien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realitas 5. berikan informasi actual yang terkait dengan diagnosis, terapi dan prognosis 6. memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan
4	Intoleransi aktivitas	<ol style="list-style-type: none"> 1) berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan rr 2) tanda-tanda vital normal 3) status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat 4) sirkulasi status baik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang di sukai 2. fasilitasi dukungan kepada pasien oleh keluarga, teman dan komunitas 3. dukung hubungan dengan orang lain yang mempunyai minat dan tujuan yang sama 4. dorong melakukan aktivitas social dan komunitas 5. fasilitasi pasien untuk berpartisipasi dalam diskusi dengangrup kecil

5	Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mendemostrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan 2) Tekanan systole dandiasstole dalam rentang yang diharapkan 3) Tidak ada ortostatik hipertensi 4) Mendemostrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan 5) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas /dingin/tajam /tumpul 2. Monitor adanya paretese 3. Intruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi 4. Batasi gerakan pada kepala , leher dan punggung 5. Monitor kemampuan BAB 6. Kolaborasi pemberian anlgetik 7.
6	Resiko cedera	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partisipan terbebas dari cedera 2) Partisipan mampu menjelaskan cara / metode untuk mencegah injuri/cidera 3) Klien mampu menjelaskan factor resiko dari lingkungan /perilaku personal 4) Mampu mempumemodifikasi gaya hidup untuk mencegah injury 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada Mampu mengenali setatus kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan 2. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya 3. Memasang side rail tempat tidur 4. Menyediakan tempat tidur yang aman dan bersih 5. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien

7	Defisiensi pengetahuan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat / tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Gambarkan tanda dan gejala yang bisa muncul pada penyakit ,dengan cara yang tepat 3. Gambarkan proses penyakit ,dengan cara yang tepat 4. Identifikasi kemungkinan penyebab,dengan cara yang tepat 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi ,dengan cara yang tepat 6. Hindari jaminan yang kosong
8	Ansietas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2) Mengidentifikasi mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas 3) Vital sign dalam batas normal 4) Postur tubuh , ekspresi wajah , bahas tubuh ,dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut

(Nurarif, 2015)

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) tindakan keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual.

Menurut Murti et al (2010) adapun cara melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan pada lansia antara lain:

- a. Menumbuhkan dan membina hubungan saling percaya misalnya dengan memanggil nama partisipan.
- b. Memberikan perawatan psikososial dengan cara jelaskan dan dorong untuk sosialisasi, bantu dalam dan memilih dan mengikuti aktivitas, fasilitasi pembicaraan, sentuhan pada tangan untuk memelihara rasa percaya, berikan penghargaan empati.
- c. Meningkatkan rangsangan panca indera melalui buku-buku yang dicetak besar, berikan warna yang dapat dilihat.

Tabel 2.3
Tindakan Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tanggal/jam	Tindakan	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler		<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri 7. lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif 8. kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 9. ajarkan tentang teknik 	

		<p>non farmakologi</p> <ol style="list-style-type: none">10. pilih dan lakukan penanganan nyeri non farmakologi11. evaluasi kultur nyeri12. tingkatkan istirahat <p>- Relaksasi otot progresif</p> <ol style="list-style-type: none">6. Pilih atau seting lingkungan yang tenang dan nyaman7. biarkan pasien tegang selama 5 sampai 10 detik setiap kelompok otot8. intruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi yang terjadi dalam otot ketika pasien menjadi tegang9. intruksikan pasien untuk berfokus pada sensasi otot pada saat rileks10. intruksikan pada pasien untuk bernafas dalam dan pelan serta menghembuskan serta nafas dan melepaskan ketegangan	
--	--	--	--

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) evaluasi adalah penilaian akhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan.

Tabel 2.4
Evaluasi Keperawatan

Masalah keperawatan	Tanggal/jam	Catatan perkembangan	paraf
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler		S: O: A: P:	