

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Hipertensi**

##### **1. Definisi hipertensi**

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Rahmawati et al., 2018).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2013). Hipertensi juga dapat diartikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Nurarif et al., 2015).

##### **2. Etiologi**

Berdasarkan penyebabnya hipertensi di bagi menjadi 2 golongan (Nurarif et al., 2015) yaitu :

###### **a. Hipertensi primer atau esensial**

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak di ketahui penyebabnya, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi yaitu genetik, lingkungan, hiperaktif saraf simpatis sistem renin, angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseleular. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas, merokok dan alkohol.

###### **b. Hipertensi sekunder**

Hipertensi sekunder penyebabnya dapat di ketahui seperti penggunaan esterogen, penyakit ginjal, sindrom caushing, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

##### **3. Faktor resiko**

Faktor resiko ini di golongan menjadi yang dapat di ubah dan tidak dapat di ubah (Black & Hawks, 2014).

a) Faktor resiko yang tidak dapat di ubah

- 1) Riwayat keluarga
- 2) Usia
- 3) Jenis kelamin
- 4) Etnis

b) Faktor risiko yang dapat di ubah

- 1) Diabetes
- 2) Stres
- 3) Obesitas
- 4) Nutrisi
- 5) Penyalahgunaan obat

#### 4. Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah untuk usia 18 tahun atau lebih berdasarkan JNC VII (Green, 2003) dapat di lihat pada table sebagai berikut :

**Tabel 2.1**

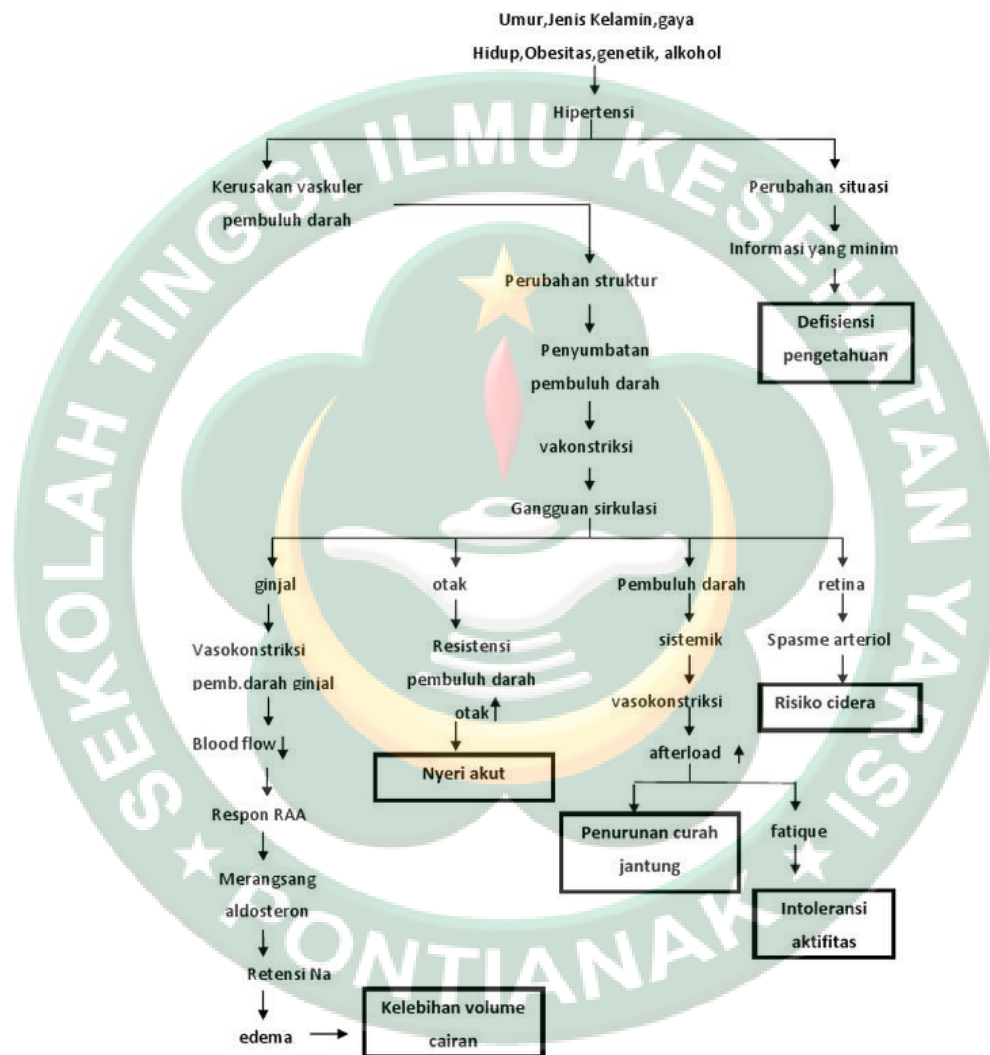
**Klasifikasi tekanan darah untuk usia 18 tahun atau lebih berdasarkan  
*Joint National Committee (JNC) VII 2003***

klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik ( MmHg)	Tekanan darah diastolik (MmHg)
Normal	$\leq 120$	$\geq 80$
Prehipertensi	120 – 140	80 – 89
Hipertensi stadium I	140 – 159	90 – 99
Hipertensi stadium II	$\geq 160$	$\geq 100$

## 5. Web Of Caussion ( WOC)

Gambar 2.1

Web Of Caussion (WOC)



(Feryanti et al., 2017)

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis, yang berkelanjutan ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor yang dihantarkan dalam bentuk impuls

bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis menuju ganglia simpatis, pada titik ini neuron preganglion akan melepaskan asetilkolin dan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin akan mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti rasa cemas dan rasa takut dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Ferayanti et al., 2017).

Saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga akan terangsang mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang akan menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal akan menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal dan menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Ferayanti et al., 2017).

Hipertensi pada lansia terjadi karena adanya perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer yang bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah. Perubahan tersebut seperti aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya aorta dan arteri besar kurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Ferayanti et al., 2017).

## 6. Tanda dan gejala

Menurut (Nurarif et al., 2015) tanda dan gejala pada penderita hipertensi di bedakan menjadi :

### a) Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat di hubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh seorang dokter yang memeriksa, hal ini di artikan hipertensi aterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

### b) Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi (Halimah et al., 2023) adalah meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya, ini merupakan gejala terlazim yang dapat mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- 1) Mengeluh sakit kepala
- 2) Pusing
- 3) Lemas
- 4) Kelelahan
- 5) Sesak nafas
- 6) Gelisah
- 7) Mual dan muntah
- 8) Epistaksis
- 9) Kesadaran menurun

## 7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita hipertensi menurut (Corwin, 2009) antara lain :

- a) Stroke
- b) Infark miokard
- c) Gagal ginjal
- d) Ensefalopati

e) Kejang

## 8. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan medis pada pasien dengan hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat pada hipertensi, komplikasi, biaya perawatan, dan kualitas hidup sehubungan terapi (Muttaqin, 2009).

Menurut (Black & Hawks, 2014) ada beberapa cara pada penatalaksanaan untuk penderita hipertensi yaitu :

### a. Modifikasi gaya hidup

Modifikasi gaya hidup di anjurkan sebagai terapi definitif awal bagi beberapa pasien, paling tidak untuk 6 sampai 12 bulan pertama setelah diagnosis awal.

- 1) Pengurangan berat badan
- 2) Pembatasan natrium
- 3) Modifikasi diet lemak.
- 4) Olahraga
- 5) Pembatasan alkohol
- 6) Pembatasan kafein
- 7) Menghentikan kebiasaan merokok
- 8) Suplementasi kalium
- 9) Teknik relaksasi.

### b. Terapi farmakologi

Obat-obat antihipertensi dapat di pakai sebagai obat tunggal atau di campur dengan obat lain, obat-obat ini diklasifikasi menjadi 5 kategori yaitu :

- 1) Diuretik
- 2) Simpatolik
- 3) Penghambat adrenergik – alfa
- 4) Penghambat neuron adrenergik (simpatolik yang bekerja perifer )

- 5) Vasodilator arteri yang bekerja langsung
- 6) Antagonis angiotensin

## **B. Konsep Dasar Kecemasan**

### **1. Definisi**

Ansietas merupakan respon emosional dan penilaian individu yang subyektif yang di pengaruhi oleh alam bawah sadar dan belum di ketahui secara kusus factor penyebabnya. Ansietas merupakan pengalaman emosi dan subyektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga orang akan merasakan suatu perasaan was-was (khawatir) seolah-olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (K. P. Lestari & Yuswiyanti, 2015).

Kecemasan merupakan keadaan perasaan afektif yang tidak menyenangkan yang disertai dengan sensasi fisik yang memperingatkan orang terhadap bahaya yang akan datang. Keadaan yang tidak menyenangkan itu sering kabur dan sulit menunjukkan dengan tepat, tetapi kecemasan itu sendiri di rasakan (K. P. Lestari & Yuswiyanti, 2015). Kecemasan berasal dari bahasa Latin “agustus” yang berarti kaku dan “angoanci” yang berarti mencekik. Kecemasan (ansietas /anxiety) adalah gangguan dalam alam perasaan ketakutan dan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitis (reality testing ability), masih baik, kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan pribadi (spliting personality), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Nixson, 2016).

Cemas adalah suatu emosi dan pengalaman subyektrif dari seseorang yang dimana suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan di terbagi dalam beberapa tingkatan. Jadi cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Pome et al., 2019).

## 2. Proses Terjadinya Kecemasan

Proses terjadinya kecemasan menurut (Nixson, 2016) terdiri dari faktor predisposisi dan faktor precipitasi. Faktor predisposisi penyebab kecemasan dapat dipahami melalui beberapa teori yaitu :

- a. Teori psikoanalitik Freud berpendapat bahwa kecemasan adalah konflik emosional antara insting dan super ego yang mencerminkan hati seseorang. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. Teori tingkah laku Teori ini berkaitan dengan pendapat bahwa kecemasan adalah hasil frustrasi dimana sesuatu yang menghalangi kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan dapat menimbulkan kecemasan.
- c. Teori keluarga gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga dan juga terkait dengan tugas perkembangan individu dalam keluarga.
- d. Teori biologi otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine yang membantu dalam mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik gamma neurotransmitter merupakan mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan seperti endorfin. Kecemasan mungkin disertai dengan gejala fisik dan menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

Faktor pencetus dapat berasal dari sumber internal dan eksternal yang terbagi menjadi 2 kategori yaitu (Nixson, 2016) :

- a. Ancaman terhadap integritas fisik ancaman ini berupa ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Sumber internal berupa kegagalan mekanisme fisiologis seperti jantung, sistem imun, regulasi temperature, perubahan fisiologi normal seperti kehamilan dan penuaan. Sumber eksternal antara lain infeksi virus dan bakteri, zat polutan dan trauma.

- b. Ancaman terhadap sistem tubuh ancaman ini dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial se seorang. Sumber internal antara lain kesulitan melakukan hubungan interpersonal dirumah, di tempat kerja dan masyarakat sedangkan sumber eksternal dapat berupa pasangan, orang tua, teman, perubahan status pekerjaan, dan lain lain.

### 3. Factor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu :

- a. Umur

Umur di pandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang. Semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan tehnis dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, dapat mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain (Tindangen et al., 2020).

- b. Jenis kelamin

Pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan. Perempuan cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan perempuan (Yaslina & Yunere, 2020).

- c. Pengalaman

Pengalaman masa lalu yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan coping. Keberhasilan seseorang dapat membantu individu untuk mengembangkan kekuatan coping, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan coping yang maladaptif terhadap stressortertentu (Suciana et al., 2020).

d. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh seseorang dari berbagai faktor berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya, biasanya terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tingkat pengetahuan seseorang rendah akan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan yang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi (Lani, 2021).

e. Kepribadian

Keseluruhan cara seorang individu bereaksi dan berinteraksi dengan individu lain paling sering dideskripsikan dalam istilah sifat yang bisa diukur yang ditunjukkan oleh seseorang, namun mereka cenderung mempunyai perasaan keraguan diri yang terus-menerus dan itu memaksa mereka untuk mencapai lebih banyak dan lebih banyak lagi dalam waktu yang lebih cepat (Suciana et al., 2020).

#### **4. Gejala Klinis Kecemasan**

Gejala-gejala kecemasan yang timbul pada seseorang individu berbeda-beda, ada tergolong normal ada pula yang mengalami kecemasan yang tampak dalam penampilan berupa gejala fisik maupun mental. (Nixon, 2016) mengatakan gejala kecemasan bersifat fisik dan mental antara lain :

a. Gejala fisik

- 1) Jari tangan dingin
- 2) Detak jantung semakin cepat
- 3) Kringat dingin
- 4) Kepala pusing
- 5) Nafsu makan berkurang
- 6) Tidur tidak nyenyak
- 7) Dada sesak

b. Gejala mental

- 1) Ketakutan merasa akan di timpa bahaya

- 2) Tidak dapat memusatkan perhatian
- 3) Tidak tenang dan ingin lari dari kenyataan
- 4) Ingin lari dari kenyataan

Nixon (2016) juga mengemukakan gejala kecemasan ada 3 yaitu :

- a. Gejala fisik berupa kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernapas, jantung berdebar kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
- b. Gejala behavioral berupa berperilaku menghindar, terguncang, melekat dan dependen.
- c. Gejala kognitif antara lain khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang akan terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidak mampuan untuk mengatasi masalah, pikiran berasa campur aduk atau kebingungan dan sulit berkonsentrasi.

#### 5. Tingkat kecemasan

Rentang respon kecemasan menurut Stuart (2016) dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1

Rentang Respon Ansietas (Stuart, 2016).



Gambar 2.2 Menjelaskan bahwa rentang kecemasan di bagi menjadi 2 arah yaitu arah kekiri yaitu respon adaptif dan respon kekanan adalah respon maladaptif. Semakin kekanan maka tingkat kecemasan semakin berat hingga menjadi panik dan semakin ke kiri

makatingkat kecemasan semakin ringan dan bias beradaptasi. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kapasitas untuk menjadi cemas di perlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat kecemasan yang berat tidak sejalan dengan kehidupan.

Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Menurut (Rahmawati et al., 2018) ada empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari – hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera, dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

b. Kecemasan sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.

c. Kecemasan berat

Persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada yang kecil dan spesifik dan tidak dapat berfikir hal – hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perilaku banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain

d. Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, kekurangan kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisaasi kepribadian.

## 6. Respon Terhadap Cemas

### a. Respon fisiologis

Beberapa respons fisiologis tubuh terhadap kecemasan (Stuart, 2016):

- 1) Sistem kardiovaskuler: palpitasi jantung, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, tekanan darah menurun, rasa mau pingsa, denyut nadi menurun.
  - 2) Sistem pernapasan: napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, napas dangkal, terengah-engah, sensai tercekik.
  - 3) Sistem neuromuskular: reflek meningkat, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang, rigiditas, kelemahan umum, kaki goyah.
  - 4) Sistem Gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, muntah, diare.
  - 5) Sistem traktus urinarius: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- Efek fisiologis
- 5) Sistem integument: wajah kemerahan, berkeriat setempat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat berkeriat seluruh tubuh.

### b. Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap cemas

Beberapa perilaku, kognitif, dan afektif terhadap kecemasan seseorang (Stuart, 2016) :

- 1) Sistem perilaku: gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghindar, melarikan diri dari masalah, cenderung mendapat cedera.
- 2) Sistem kognitif: perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, kreativitas menurun, bingung.
- 3) Sistem afektif: mudah terganggu, tidak sabar, gelisah tegang, ketakutan, gugup

## 7. Pengukuran Kecemasan

Penilaian kecemasan dapat diukur dengan menggunakan skala HARS(*Hamilton Anxiety Rating Scala*) yang terdiri dari 14 item (Nixson, 2016) yaitu:

- a. Perasaan cemas firasat buruk , takut akan pikiran sendiri, dan mudahtersinggung.
- b. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu danlesu.
- c. Ketakutan seperti takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- d. Gangguan tidur sukar tidur, terbangun pada malam hari tidur tidakpulas, dan mimpi buruk.
- e. Gangguan kecerdasan seperti menurunnya daya ingat, mudah lupa,dan sulit berkonsentrasi.
- f. Persaan depresi seperti hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g. Gejala *somatik* seperti pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik yaitu perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah, pucat dan merasa lemah.
- i. Gejala *kardiovaskuler* yaitu takikardi, nyeri dada,denyut nadi meregas, dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan yaitu rasa tertekan di dada,perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
- k. Gejala *gastrointestinal* yaitu sulit menelan, konstipasi, berat badan menurun, muntah dan mual, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- l. Gejala *urogenital* yaitu sering kencing,tidak dapat menahan kencing, *aminorea*, areksi lemah atau *impotensi*.
- m. Gejala vegetatif yaitu mulut kering,mudah berkeringat,muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.

n. Perilaku saat wawancara yaitu gelisah, jari-jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkatkan dan nafas pendek cepat

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut (Nixson, 2016) :

Tabel 2.2  
Penilaian kecemasan

Nilai	Keterangan
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang atau separuh dari gejala yang ada
3	Berat atau lebih dari setengah gejala yang ada
4	Sangat berat semua gejala ada

(Nixson, 2016)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor item 1-14 dengan hasil :

- a. Skor <6 : tidak ada kecemasan
- b. Skor 6-14 : kecemasan ringan
- c. Skor 15-27 : kecemasan sedang
- d. Skor >27 : kecemasan berat

## 8. Penatalaksanaan Kecemasan

### a. Farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine yang mencakup diazepam (valium) dan alprazolam. Obat ini dapat mengurangi kecemasan, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan ketergantungan. Berbagai obat anti depresan juga digunakan seperti fluozetine (Prozac), fluvoxamine (Luvox), setaline (Zolaft) dan paroxetine (paxill) (Oltmanns & Emery, 2013).

## b. Non farmakologi

### 1) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga individu akan lupa terhadap kecemasannya bahkan dapat meningkatkan toleransinya terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensoris yang menyenangkan menyebabkan pelepasan hormon endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak (Ikhsan, 2022).

### 2) Relaksasi progresif

Untuk mengatasi kecemasan dapat digunakan teknik relaksasi yaitu meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresif (Isaacs, 2005). Relaksasi progresif yaitu melatih otot-otot yang tegang agar lebih rileks, terasa lebih lemas tidak kaku. Efek yang diberikan adalah proses neurologis akan berjalan dengan baik. Karena ada beberapa pendapat yang melihat hubungan tegangan otot dengan kecemasan, maka dengan mengendurkan otot-otot yang tegang di harapkan tegangan emosi menurun. Bila dilakukan secara teratur teknik relaksasi yang dilakukan dapat mengurangi kegelisahan dan meningkatkan perasaan santai, serta kestabilan emosi (Nasir & Muhith, 2011).

## C. Konsep Dasar Latihan Otot Progresif

### 1. Definisi

Relaksasi otot progresif menurut Jacobson adalah suatu keterampilan yang dapat dipelajari dan digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan dan mengalami rasa nyaman tanpa tergantung pada hal / subjek diluar dirinya. Relaksasi otot progresif ini digunakan untuk melawan rasa cemas, stress, atau tegang. Dengan menegangkan dan melemaskan beberapa kelompok otot dan sensasi

tegang dan rileks, seseorang bisa menghilangkan kontraksi otot dan mengalami rasa rileks (Pome et al., 2019).

## **2. Indikasi**

Menurut Kusharyadi (2015) indikasi dari terapi relaksasi otot progresif adalah

- a. Klien mengalami gangguan tidur
- b. Klien mengalami kecemasan
- c. Klien mengalami depresi

## **3. Manfaat**

Manfaat dari teknik relaksasi otot progresif adalah untuk mengurangi ketegangan otot dengan mengontraksikan dan 35 merelaksasikan sekelompok otot tertentu. Selain itu, teknik ini berguna membantu melepaskan tingkat ketegangan yang memuncak dalam aktivitas keseharian yang membuat stress (Halimah et al., 2023).

## **4. Patofisiologi**

Relaksasi otot progresif bekerja melalui mekanisme yaitu membuat rileks otot motorik sehingga memberi dampak pada berkurangnya gejala kecemasan yang ditimbulkan dari respon stimulasi sistem saraf simpatik akibat cemas. Perubahan yang terjadi selama relaksasi mempengaruhi kerja saraf otonom sehingga mengubah fisiologi sistem saraf simpatis menjadi dominan parasimpatis. Keadaan ini akan berpengaruh terhadap meningkatnya hormon parasimpatis serta neurotransmitter seperti DHEA (Dehidroepinandrosteron) dan dopamine (Rahmawati et al., 2018).

## **5. Teknik relaksasi otot progresif**

Persiapan Teknik Relaksasi Otot Progresif menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011) yaitu :

a. Persiapan

Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

- 1) Melakukan informkonsen terhadap responden untuk menciptakan BHSP seperti Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar persetujuan terapi pada lansia
- 2) Posisikan tubuh lansia secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.
- 3) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu.
- 4) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat

b. Procedure kerja

- 1) Gerakan 1 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan.
  - a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
  - b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
  - c) Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik.
  - d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
  - e) Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.
- 2) Gerakan 2 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
  - a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang.
  - b) Jari-jari menghadap ke langit-langit.

- 3) Gerakan 3 : Ditunjukkan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).
  - a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
  - b) Kemudian membawa kedua kapalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang
- 4) Gerakan 4 : diindikasikan untuk melatih otot bahu agar mengendur.
  - a) Angkat kedua bahu setinggi mungkin seolah-olah menyentuh kedua telinga.
  - b) fokuskan perhatian pengangkat pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu, pinggung atas dan leher.
- 5) Gerakan 5 dan 6: Ditunjukkan untuk mengendurkan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang dan mulut).
  - a) Gerakan otot-otot dahi dengan mengerutkan kening dan mengerutkan kening sampai otot-otot tersebut merasa kulitnya berkerut.
  - b) Tutup mata Anda dengan erat sehingga Anda dapat merasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengontrol gerakan mata.
- 6) Gerakan 7 : Dimaksudkan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot rahang. Mengencangkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.
- 7) Gerakan 8 : Bertujuan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dikencangkan sebanyak mungkin sehingga Anda merasakan ketegangan di sekitar mulut.
- 8) Gerakan 9 : Dimaksudkan untuk merilekskan otot bagian leher depan dan belakang.
  - a) Diawali dengan gerakan otot leher belakang kemudian ke otot leher bagian depan.

- b) Meletakkan kepala hingga posisi beristirahat. c) Menekan kepala di permukaan bantalan kursi sehingga mampu merasakan ketegangan pada leher belakang dan punggung bagian atas.
- 9) Gerakan 10 : Dimaksudkan untuk melatih otot leher bagian depan
- Mengarahkan kepala ke arah depan
  - Rapatkan dagu ke dada, hingga mampu merasakan ketegangan di bagian leher depan
- 10) Gerakan 11 : Dimaksudkan untuk melatih otot punggung
- Mengangkat tubuh dari bantalan kursi
  - Melengkukkan punggung
  - Membusungkan dada, kemudian menahan kondisi tegang dalam 10 detik, lalu rilekskan
  - Selama rileks, tubuh diletakkan kembali ke bantalan kursi dan membiarkan otot menjadi lurus.
- 11) Gerakan 12 : dimaksudkan untuk pelemasan otot dada
- Melakukan tarikan nafas panjang agar paru-paru dapat terisi banyak udara
  - Menahan selama beberapa detik, hingga bagian dada merasakan ketegangan sampai ke bagian perut, kemudian dirilekskan.
  - Lepaskan tegangan, kemudian lakukan pernafasan secara normal. Lalu ulangi sekali lagi hingga mampu merasakan adanya perbedaan antara keadaan rileks dan tegang
- 12) Gerakan 13 : dimaksudkan untuk melatih otot perut
- Melakukan tarikan perut dengan kuat ke arah dalam
  - Menahan hingga perut terasa keras dan kencang selama 10 detik, kemudian lepaskan.
  - Kemudian melakukan gerakan awal
- 13) Gerakan 14-15 : dimaksudkan untuk melatih otot kaki misalnya betis dan paha

- a) Kedua telapak kaki diluruskan hingga merasakan ketegangan pada otot paha
- b) Lakukan gerakan mengunci pada bagian lutut hingga ketegangan beralih ke bagian otot betis
- c) Menahan posisi tegang selama 10 detik yang kemudian dirilekskan.
- d) mengulang sebanyak 2 kali di tiap gerakan

#### **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya.

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas klien**

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

###### **b. Keluhan utaman**

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

###### **c. Riwayat kesehatan sekarang**

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur, nyeri dada.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat

e. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

f. Aktivitas/istirahat

1) Gejala

kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

2) Tanda

frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

g. Sirkulasi

1) Gejala

a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler

b) episode palpitasi

2) Tanda

a) Peningkatan tekanan darah

b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia

c) Murmur stenosis vulvular

d) Distensi vena jugularis

e) Kulit pucat,sianosis ,suhu dingin (vasokonstriksi perifer)

f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

h. Integritas ego

1) Gejala

riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

## 2) Tanda

letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara

## i. Eliminasi

## 1) Gejala

gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu

## j. Makanan/cairan

## 1) Gejala

- a) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol
- b) Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun)
- c) Riwayat penggunaan diuretic

## 2) Tanda

- a) Berat badan normal atau obesitas
- b) Adanya edema
- c) Glikosuria
- d) Neurosensori

## k. Nyeri/ketidaknyamanan

## 1) Gejala

- a) angina ( penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung)
- b) sakit kepala
- c) Disnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea.  
Dispnea
- d) Batuk dengan / tanpa pembentukan sputum
- e) Riwayat merokok

## 2) Tanda

- a) Distress pernapasan / penggunaan otot aksesori pernapasan
- b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)

## c) Sianosis

## 1. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural

## 2. Diagnosis

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan ( PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Nurarif, 2015) dengan hipertensi :

- a. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
- b. Gangguan rasa nyaman b.d dengan gejala penyakit
- c. Intoleransi aktivitas b.d nyeri saat bergerak

## 3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

SDKI	SLKI	SIKI
<p><b>D.0077</b> Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, agen cedera kimiawi, agen cedera fisik.</p>	<p><b>L.08066</b> <b>Tingkat nyeri</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, diharapkan masalah nyeri dan kenyamanan: nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: – Kemampuan menuntaskan aktivitas</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> 1. Observasi – Observasi tanda-tanda vital – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. – Identifikasi skala</p>

	<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Kesulitan tidur menurun</li> <li>- Menarik diri menurun</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>- Diaforesis menurun</li> <li>- Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>- Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>- Anoreksia menurun</li> <li>- Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>- Uterus teraba membulat menurun</li> <li>- Ketegangan otot menurun</li> <li>- Pupil dilatasi menurun</li> <li>- Mual dan muntah menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Pola napas membaik</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Proses berpikir membaik</li> <li>- Fokus membaik</li> <li>- Fungsi berkemih membaik</li> <li>- Perilaku membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> <li>- Pola pikir membaik</li> </ul>	<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgesic</li> </ul> <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperat rasa nyeri</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p>3. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam)</li> </ul> <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
<b>D.0074</b> gangguan rasa nyaman berhubungan	<b>L.08064</b> <b>Status kenyamanan</b>	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>

dengan nyeri perut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgesic</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperat rasa nyeri</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam)</li> </ul> </li> <li>4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Intoleransi aktivitas D.0056</b> berhubungan dengan nyeri saat bergerak</p>	<p><b>Toleransi aktivitas L.05047</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- frekuensi nadi meningkat</li> <li>- keluhan lelah menurun</li> <li>- dyspneasaat beraktivitas menurun</li> <li>- dyspnea setelah beraktivitas menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen energy I.05178</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Monitor pola dan jam tidur</li> <li>- Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> </li> <li>2. <i>Terapeutik</i></li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya cahaya, suara, kunjungan)\</li> <li>- Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif</li> <li>- Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>- Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak bisa berpindah</li> </ul> <p>3. <i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan tirah baring</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>- Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>4. <i>Kolaborasi</i></p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
--	--	---

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartolah & Tarwoto, 2015). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017). Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
- b. *Interdependen/Collaborative Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
- c. *Dependent Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi

## 5. Evaluasi

evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai

atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Menurut Asmadi (2008) terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (proses) Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan. Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- 1) S ( Subjektif ): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- 3) A (Analisis/assessment): Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- 4) P (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang

maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan priode yang telah ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil) Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru.