

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Istirahat & Tidur

1. Definisi

a) Pengertian Istirahat

Istirahat merupakan keadaan rileks tanpa adanya tekanan emosional bukan hanya dalam keadaan tidak beraktivitas tetapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan. Kata istirahat berarti berhenti sebentar untuk melepaskan lelah beresantai untuk menyegarkan diri atau suatu keadaan melepaskan diri dari segala hal yang membosankan menyulitkan bahkan menjengkelkan (Haswita & Reni, 2017).

b) Tidur

Tidur merupakan kondisi tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensori yang sesuai (Haswita & Reni, 2017) atau dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relative bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang dengan ciri adanya aktivitas yang minim memiliki kesadaran yang bervariasi.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Istirahat Tidur

a) Penyakit

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal namun demikian keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur atau tidak dapat tidur. misalnya pada pasien dengan gangguan pernapasan seperti Asma, Bronchitis dan Penyakit Persarafan

b) Lingkungan

Pasien yang biasa tidur pada lingkungan yang tenang dan nyaman kemudian terjadi perubahan suasana seperti gaduh maka akan menghambat tidurnya

c) Motivasi

Motivasi dapat mempengaruhi dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap bangun dan waspada menahan ngantuk

d) Kelelahan

Apabila mengalami kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tahap REM

e) Kecemasan

Pada keadaan cemas seseorang mungkin meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya.

f) Alkohol

Alkohol menekan REM secara normal seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan Insomnia

g) Obat-obatan

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain:

- 1) membangunkan seseorang pada malam hari dan menyebabkan kesulitan untuk kembali tidur
- Diuretic: menyebabkannokturia
- 2) Anti depresan: menekan REM menurunkan total waktu REM
- 3) Kafein: meningkatkan saraf simpatis atau mencegah orang tidur
- 4) Beta Bloker: menimbulkan Insomnia, mimpi buruk
- 5) Narkotika: mensupensi REM meningkatkan kantuk siang hari
- 6) Alkohol: mengganggu tidur REM (Haswita & Reni, 2017)

h) Stres Psikologi

Kondisi psikologi dapat terjadi pada seseorang akibat ketegangan jiwa, hal tersebut terlihat ketika seseorang yang memiliki masalah psikologis mengalami kegelisahan sehingga sulit untuk tidur.

i) Nutrisi

Terpenuhinya kebutuhan nutrisi yang cukup dapat mempercepat proses tidur. Protein yang tinggi dapat mempercepat terjadinya proses tidur kerana adanya Tryptophan yang merupakan Asam Amino dari protein yang di cerna demikian sebaliknya kebutuhan Gizi yang kurang dapat juga mempengaruhi proses tidur(Haswita & Reni, 2017).

3. Tanda dan Gejala

Sebagian besar penderita hipertensi tidak menampakkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala yang paling sering muncul pada pasien hipertensi jika hipertensinya sudah bertahun-tahun dan tidak diobati antara lain seperti sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur, serta mengalami penurunan kesadaran (Kemenkes RI, 2013).

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

- a. Tidak ada gejala Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur.
- b. Gejala yang lazim Seing dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataanya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :
 - 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
 - 2) Lemas, kelelahan
 - 3) Sesak nafas
 - 4) Gelisah
 - 5) Mual
 - 6) Muntah
 - 7) Epistaksis
 - 8) Kesadaran menurun
 - 9) Keletihan saat bangun atau letih sepanjang hari
 - 10) Perubahan mood
 - 11) Mengantuk sepanjang hari (Nurarif& Kusuma H, 2016).

4. Penatalaksanaan

a. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologis yaitu dengan mengonsumsi obat antihipertensi yang dianjurkan yang bertujuan agar tekanan darah pada penderita hipertensi tetap terkontrol dan mencegah komplikasi. Jenis obat antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

1) Diuretika

Diuretika adalah obat yang memperbanyak kencing, mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Obat yang sering digunakan adalah obat yang daya kerjanya panjang sehingga dapat digunakan dosis tunggal, diutamakan diuretika yang hemat kalium. Obat yang banyak beredar adalah Spironolactone, HTC, Chlortalidone dan Indopanide.

2) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat obat ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung, sehingga mengurangi daya dan frekuensi kontraksi jantung. Dengan demikian tekanan darah akan menurun dan daya hipotensinya baik. Obat yang termasuk jenis Beta-blocker adalah Propanolol, Atenolol, Pindolol dan sebagainya.

3) Golongan Penghambat ACE dan ARB

Golongan penghambat angiotensin converting enzyme (ACE) dan angiotensin receptor blocker (ARB) penghambat angiotensin enzyme (ACE inhibitor/ACE I) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor) terganggu. Sedangkan angiotensin receptor blocker (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensin II pada reseptornya. Baik ACEI maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung. Yang termasuk obat jenis penghambat

ACE adalah Captopril dan enalapril

4) Calcium Channel Blockers (CCB)

Calcium channel blocker (CCB) adalah menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri coroner dan juga arteri perifer. Yang termasuk jenis obat ini adalah Nifedipine Long Acting, dan Amlodipin

5) Golongan anti hipertensilain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer adalah obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Obat yang termasuk Alfa perifer adalah Prazosin dan Terazosin

Prinsip pemberian obat antihipertensi: Pemilihan atau kombinasi obat yang cocok bergantung pada keparahan penderita hipertensi. Beberapa prinsip pemberian obat antihipertensi yaitu :

- a) Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan pengobatan penyebabnya
- b) Pengobatan hipertensi esensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi
- c) Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat anti hipertensi
- d) Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang, bahkan pengobatan seumur hidup.
- e) Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat antihipertensi di Puskesmas dapat diberikan di saat kontrol

dengan catatan obat yang diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan.

f) Untuk penderita hipertensi yang baru di diagnosa (kunjungan pertama) maka diperlukan control ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali, apabila tekanan darah sistolik > 160 mmHg atau diastolik.

g) >100 mmHg sebaiknya diberikan terapi kombinasi setelah kunjungan kedua (selama dua minggu) tekanan darah tidak dapat dikontrol.

b. Terapi Nonfarmakologi

Merupakan pilihan utama sebelum menggunakan obat-obatan karena penggunaan obat-obatan bisa memberikan efek keterbatasan.

- 1) Terapi relaksasi
- 2) Terapi pijatan
- 3) Pengaturan posisi
- 4) Manajemen lingkungan
- 5) Terapi music
- 6) Pengurangan kecemasan
- 7) Terapi farmakologi (Haswita & Reni, 2017).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Istirahat & Tidur

1. Pengkajian

Aspek yang perlu di kaji pada pasien untuk mengidentifikasi gangguan kebutuhan istirahat dan tidur meliputi pengkajian mengenai riwayat tidur, pola tidur, seperti jam berapa pasien masuk kamar untuk tidur, jam berapa biasa bangun tidur, dan keteraturan Pola Tidur pasien, Kebiasaan yang dilakukan pasien menjelang tidur seperti membaca buku, buang air kecil dan lain-lain Gangguan tidur yang sering dialami pasien dan cara

mengatasinya Kebiasaan tidur siang, Lingkungan tidur pasien, bagaimana kondisi lingkungan tidur pasien apakah kondisinya gelap, suhunya dingin dan lain- lain.

Peristiwa yang baru dialami pasien dalam hidup, status emosi dan mental pasien. mempengaruhi terhadap kemampuan untuk Istirahat dan Tidur Perilaku deprivasi tidur yaitu manifestasi fisik dan perilaku yang timbul sebagai gangguan Istirahat Tidur Penampilan wajah misalnya, Adakah area gelap di sekitar mata, bengkak dikelopak mata, kongjungtiva kemerahan atau mata yang terlihat cekung (Nurarif, A.H., & Kusuma 2015).

Perilaku yang terkait dengan gangguan ekstra tidur, misalnya apakah pasien mudah tersinggung, selalu menguap, kurang konsentrasi atau terlihat bingung Kelelahan, misalnya apakah pasien tampak lelah latih atau lesu. Biasanya Gejala klinis yang mungkin muncul perasaan lelah, Gelisah, Emosi dan Apatis. Adanya kehitaman di daerah sekitar mata, Konjungtiva merah dan mataperih (Nurarif, A.H., & Kusuma 2015).

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien). Kegiatan yang dilaksanakan dalam pengkajian adalah pengumpulan data dan merumuskan prioritas masalah. Pada pengkajian – pengumpulan data yang cermat tentang pasien, keluarga, didapatkan data melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

a. Identitas pasien

Merupakan data subyektif menurut yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian, informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh tenaga kesehatan secara independent tetapi melalui suatu sistem interaksi atau komunikasi seperti: Nama untuk mengenal dan mengetahui pasien sehingga penulisan nama harus jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan, Umur; dicatat dalam tahun untuk mengetahui

adanya resiko dalam menentukan dosis obat, skap yang belum matang, mental dan psikisnya belum siap; Agama untuk memberikan motivasi dorongan moril sesuai dengan agama yang dianut; Suku untuk mengetahui faktor bawaan atau ras serta pengaruh adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari; Pendidikan Perlu dinyatakan karena tingkat pendidikan berpengaruh pada tingkat pemahaman pengetahuan, sehingga perawat dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya; Alamat Untuk mengetahui tempat tinggal serta mempermudah pemantauan bila diperlukan melakukan kunjungan rumah; Pekerjaan untuk mengetahui status ekonomi keluarga, karena dapat mempengaruhi pemenuhan gizi pasien tersebut.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang:

Pada umumnya data subjektif yang muncul yaitu pasien mengeluh sakit kepala, kelelahan, mual, gelisah, gampang marah. Sedangkan data objektif yang akan di dapatkan antara lain: kesadaran menurun, pengelihatannya menjadi kabur, tinnitus (telinga berdenging), palpitasi (berdebar-debar), kaku kuduk, tekanan darah diatas normal, susah nafas, sehingga pasien datang ke RS atau puskesmas dengan keluhan kepala pusing dan terasa tegang pada tengku bagian belakang disertai mata bekunang-kunang.

Jika pengkajian menggunakan PQRST akan di dapatkan data: (P : Nyeri di kepala, tengkuk dan leher jika stres berkepanjangan, Q : Nyeri seperti tertusuk, R : nyeri dirasakan pada leher, tengkuk dan kepala, S : skala nyeri 1-10 (Skala Ringan hingga Skala Berat), T : Nyeri hilang timbul jika pasien mengalami stres)

2) Riwayat kesehatan lalu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami sebelumnya, seperti pasien pernah memiliki riwayat penyakit gagal ginjal dan pasien mengalami sakit yang sangat berat. namun

Biasanya pasien dengan hipertensi mempunyai Riwayat hipertensi, penyakit jantung seperti Infart miokard.

a) Riwayat kesehatan keluarga

Pada orang yang memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga sekitar 15-35%. Suatu penelitian pada orang kembar, hipertensi terjadi 60% laki-laki dan 30-40% perempuan. Hipertensi usia dibawah 55 tahun terjadi 3,8 kali lebih sering pada orang dengan riwayat hipertensi keluarga.

b) Riwayat pengobatan

Beberapa jenis obat yang harus diminum oleh penderita hipertensi seperti obat anti hipertensi:

- (1) Diuretic semua deuretik menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan ekskresi natrium urin dan dengan mengurangi volume plasma, volume cairan ekstraseluler, dan curah jantung
- (2) Angiotensin: angiotensin II bekerja secara langsung pada dinding pembuluh darah, menyebabkan hipotrofi medial, menstimulasi pertumbuhan jaringan ikat yang berujung pada aterosklerosis.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan diawali dengan penilaian keadaan umum dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat tow-tow secara detail: (Nurarif & Kusuma, 2015)

1) KeadaanUmum

Penilaian tingkat kesadaran seperti komposmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi-coma, coma perlu dilakukan dengan menilai *Glasglou coma Skil* (GCS) melalui proses penilaian : Eye (4) mampu membuka mata secara spontan, verbal (5) mampu

berkomunikasi secara baik, motorik (6) mampu menunjukkan tempat yang sakit dan dilanjutkan dengan pengukuran tekanan darah, biasanya pada khusus hipertensi tekanan darah *systole* diatas 140 mmHg dan tekanan diastole diatas 90 mmHg (Haryanto & Rini, 2015), Nadi Meningkat pada arteri karotis, jugularis, pulsasi radialis; perbedaan denyut nadi atau tidak ada denyut nadi pada beberapa area seperti arteri popliteal, posterior tibia.

a) Kepala, mata, hidung, telinga dan leher

Untuk kepala dilakukan dengan metode inspeksi untuk mengetahui bentuk kepala, warna rambut, kebersihan kulit kepala, ketombe, kutu serta bekas luka, sedangkan palpasi untuk mengetahui adanya benkuk atau benjolan pada kepala; Untuk mata dengan cara inspeksi untuk mengetahui apakah pasien menderita katarak atau tidak matamerah serta dilakukan pemeriksaan jarak pandang dengan menggunakan snellen, sedangkan palpasi untuk melihat konjungtiva pada mata pasien biasanya ada gangguan visual (diploopia- pandangan ganda atau pandangan kabur) Untuk hidung melihat adanya polip dan kebersihan lobang hidung adanya skret atau tidak sedang palpasi dengan cara menekan untuk mengetahui rasa nyeri atau tidak;

Pemeriksaan retina dapat ditemukan penyempitan atau sklerosis arteri edema atau papiledema (eksudat atau hemoragi) tergantung derajat lamanya hipertensi Untuk telinga; dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya serumen dalam telinga dan palpasi dilakukan tes pendengaran dengan garputala seperti Tesi Rine, Weber dan Swebbe dengan menggunakan Garputala.

Untuk Mulut dilakukan inspeksi untuk mengetahui kebersihan gigi dan gusi, karang gigi, keutuhan gigi dan penggunaan gigi palsu; Untuk leher dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid, benjolan dan keadaan kulit disekitarnya, sedangkan palpasi dilakukan untuk mengetahui

ukuran benjolan akibat pembesaran kelenjar tiroit jika ada, serta pengukuran vena jugularis, serta mengetahui adanya kaku kuduk atau tidak.

b) Dada

Biasanya dilakukan dengan menggunakan Inspeksi untuk mengetahui bentuk dada lordosis, skoliosis, dan kiposis atau normal serta menilai keadaan kulit disekitarnya, Palpasi untuk mengetahui letak jantung kiri dan kanan sejajar dengan garis prosesus xiphoideus dan mitoklavikula atau tidak, batas atas dan bawah jantung berada pada interkosta berapa; Perkusi untuk membedakan bunyi perkusi pada jantung biasanya redup karena ruang terisi benda padat (jantung) ataukah bunyi nyaring karena perkusi pada ruangan kosong. Auskultasi untuk mengetahui denyut jantung takikardia dan disritmia, bunyi jantung S2 megeras S3 (gejala CHF dini). Murmur dapat terdengar jika stenosis atau insufisiensi katup.

Secara umum biasanya pasien Mengeluh sesak nafas saat aktivitas, takipnea, orthopnea (gangguan pernafasan pada saat berbaring), batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok. Biasanya ditemukan fisik meliputi sianosis, penggunaan otot bantu pernapasan, terdengar suara napas tambahan.

c) Sistem persarafan

Pasien mengatakan pusing/pening, sakit kepala berdenyut di suboksipital, episode mati-rasa, atau kelumpuhan salah satu sisi.

d) Abdomen

Pemeriksaan dilakukan dengan metode inspeksi untuk mengetahui keadaan kulit disekitar abdomen seperti striae, bekas luka operasi, serta pembesaran vena disekitarnya; Palpasi biasanya abdomen dibagi menjadi 4 regio atau kuadrat kiri atas dan bawah serta kuadrat kanan atas dan bawah guna mengetahui organ-organ

yang berada didalam kuadrat tersebut; Perkusi untuk mengetahui adanya kembung atau tidak sernag mengetahui turgo kulit baik atau tidak.

Auskultasi untuk mengetahui bising usus yang normal 15 sampai 35 kali permenit yang terdengar diseluruh area abdomen biasanya pada kasus hipertensi pasien mengeluh mual, muntah, perubahan berat badan, dan riwayat pemakaian deuretik. Temuan fisik fisik meliputi berat badan normal atau obesitas, edema, kongesti vena, distensi vena jugularis, dan glikosuria.

e) Sistem musculoskeletal

Dilakukan inspeksi untuk mengetahui adanya *farices* pada kedua tungkai bawah, adanya luka serta keseimbangan berjalan dan beraktivitas serta menilai kekuatan otot pada anggota gerak atas dan bawah biasanya dengan nilai 5:5:5:5; Palpasi untuk mengetahui gerakan reflex patela, refleks tendon dan baski.

f) Sistem reproduksi

Pada pasien hipertensi terjadi peningkatan TIK (tekanan intracranial) pada saat melakukan hubungan seksual dan terjadi gangguan reproduksi pada ibu hamil yang memiliki hipertensi.

g) Pemeriksaan penunjang

Pada kasus hipertensi biasanya melakukan Hitung darah lengkap: BUN, kreatinin: Serum glukosa Kadar kolesterol atau trigliserida: Kadar serum aldosteron: Studi tiroid (T3 dan T4), Asam urat, Serum potasium atau kalium, Serum kalsium, Analisis urine Steroid urine Rontgen toraks, EKG, Hb/Ht: BUN/kreatinin: Urinalisa: darah dan CT Scan.

2. Diagnosa keperawatan

Dari analisa data yang di kumpulkan maka dapat disimpulkan pasien mengalami gangguan kebutuhan aktivitas & istirahat maka diangkatlah

Diagnose Keperawatan Gangguan Pola Tidur yang di sebabkan oleh: kerusakan transport oksigen: gangguan metabolisme: kerusakan eliminasi: pengaruh obat: imobilisasi: nyeri pada kaki: takut operasi dan lingkungan yang mengganggu dengan data pendukung Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, ada bantalan hitam pada kelopak mata. Maka di buatlah rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien dengan Istirahat Tidur agar pasien dapat beristirahat denganbaik (Nurarif, A.H., & Kusuma, 2015).

Menurut buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016), diagnosa yang kemungkinan muncul pada pasien dengan hipertensi antara lain:

- 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan fisiologis (kerusakan neurologis).
- 2) Nyeri akut, sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskulercerebral.
- 3) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

3. Intervensi Keperawatan

Dari diagnosa yang telah di angkat maka dapat di buat rencana tindakan untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur dengan Identifikas faktor yang mempengaruhi masalah tidur,lakukan pengurangan istraksi lingkungan dan hal-hal yang dapat mengganggu tidur, tingkatkan aktivitas pada siang hari Kurangi potensial cedera, selama tidur berikan pendidikan kesehatan dan lakukan rujukan jika diperlukan (SIKI, 2018).

Tabel 1 *Intervensi Keperawatan*

Masalah keperawatan	Intervensi keperawatan		
	Tujuan	Rencana tindakan	Rasional
Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri&	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka	Dukungan tidur Observasi: 1. Identifikasipolaaktivit asdantidur 2. Identifikasifaktorpen	Observasi 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien

<p>suasana bising</p>	<p>diharapkan pola tidur meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengantuk 2. Rasa lemas menghilang 3. Tidur 6-8 jam perhari 4. Merasa puas setelah bangun tidur 	<p>gangguan tidur (fisik dan/psikologis)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (misal pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal pijit, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal psikologis, gaya hidup, sering berubah 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui faktor 3. pengganggu tidur pasien makanan/minuman 4. untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur yang dikonsumsi oleh pasien 5. d. untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menurunkan gangguan pola tidur 2. agar tidak ada gangguan pola tidur pada malam hari 3. menurunkan gangguan pola tidur 4. agar memiliki jam tidur yang tetap 5. menurunkan gangguan pola tidur 6. agar siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. agar pasien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 2. memberikan penjelasan agar pasien menepati kebiasaan waktu tidur 3. memberikan penjelasan agar pasien menghindari yang mengganggu
-----------------------	---	--	---

		<p>shift bekerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi napas dalam</p>	<p>tidur</p> <p>4. memberikan penjelasan agar pasien menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor</p> <p>5. agar pasien mengetahui faktor- faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>6. agar pasien mengetahui cara menurunkan gangguan pola tidur</p>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rasa nyaman hilang/berkurang 2. skala nyeri 0-1 3. meringis hilang 	<p>Pemantauan tanda vital</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensi nyeri 2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perubahan tekanan darah pasien 2. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensi nyeri 3. Mengetahui factor pemberat nyeri 4. Menentukan tindakan dalam membantu meredakan nyeri 5. Memberikan penjelasan nyeri. 6. Memberikan informasi cara meredakan nyeri dengan teknik non farmakologi 7. Kolaborasi pemberian: <ol style="list-style-type: none"> a. Infus RL 20 tpm b. Ibu profen 2x1 oral c. Paracetamol 3x1 oral d. Amplodipin 1x1 oral e. Diazepam 2x1 oral f. Captopril 2x1

			oral g. Ondan 3x1 oral
Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Resiko perfusi serebral tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Tekanan intrakranial menurun	1. Observasi 2. Observasi TD, suhu, RR 3. Terapeutik 4. Hindari fleksi leher 5. Edukasi 6. Ajarkan pasien dan keluarga cara meminimalisir faktor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan. 7. Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian obat anti hipertensi	1. Untuk mengetahui tekanan darah, suhu dan RR pada pasien 2. Untuk mencegah pasien terkilir 3. Untuk meminimalisir faktor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan. 4. Untuk menurunkan gejala akibat hipertensi

(SIKI, 2018).

4. Implementasi keperawatan

Dari rencana tindakan yang sudah di buat maka dapat dilakukan perawatan untuk memicuh pasien tidur meliputi: menganjurkan pasien untuk mandi sebelum tidur; minum susu hangat; membaca buku; menonton tv; menggosok gigi sebelum tidur; mencuci muka sebelum tidur; atau membersihkan atau merapikan tempat (Doenges,2014).

5. Evaluasi keperawatan

Dari tindakan yang sudah di buat dapat kita evaluasi pada akhir tindakan yang perlu di evaluasi adalah masalah kebutuhan tidur dan istirahat dapat di nilai dari adanya kemampuan dalam memenuhi Pasien dapat tidur selama 7-8 jam/hari tanpa terbangun, Pasien dapat mengidentifikasi faktor-faktor penyebab gangguan tidur Pasien dapat menggunakan teknik-teknik untuk mengatasi gangguan tidur tidak di temukan tanda klinis gangguan tidur dan menyimpang pada pasien seperti timbulnya perasaan segar, tidak gelisah,dan apatis. Hilangnya bantalan hitam di kelopak mata bawah. Kelopak mata yang kelihatan bengkak berkurang atau hilang tidak adanya konjungtiva merah dan mata perih.

Pasien sudah dapat berkonsentrasi penuh, serta tidak di temukan gangguan proses berpikir, bicara dan lain-lain (Doenges, 2014).

C. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg (Padila, 2019). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan systole dan diastole mengalami kenaikan melebihi batas normal (tekanan systole di atas 140 mmHg dan diastole di atas 90 mmHg) (WHO, 2018).

Menurut AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk. Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan.

Menurut Price & Wilson (2012), hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Sedangkan menurut Nurarif A.H., & Kusuma H. (2016), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya.

Dari definisi-definisi diatas dapat diperoleh kesimpulan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan di mana tekanan darah menjadi naik yang melebihi batas normal karena adanya tekanan darah di pembuluh darah.

2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik.

Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi yaitu genetik adanya respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transpor Na, Obesitas terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat, stress karena lingkungan, dan hilangnya elastisitas jaringan dan pelebaran pembuluh darah (Padila, 2019).

Menurut Nurarif A.H., & Kusuma H. (2016) penyebabnya hipertensi dapat dibedakan 2 jenis, yaitu hipertensi primer (essensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer (essensial) disebabkan karena faktor keturunan, umur, dan psikis. Sedangkan hipertensi sekunder disebabkan akibat penyakit ginjal, tumor dalam rongga kepala, dan penyakit saraf. Faktor yang menunjang adalah ada riwayat penyakit sistem kardiovaskular atau ginjal sebelumnya, obesitas, aktivitas yang terlalu melelahkan (gerak badan), emosional, umur semakin tua.

Sedangkan menurut Muchtadi (2013), etiologi hipertensi disebabkan berbagai akibat diantaranya, pola konsumsi, konsumsi tinggi natrium (Na) terutama yang berasal dari garam (NaCl) diketahui menjadi salah satu penyebab hipertensi. Kelainan Ginjal, adanya kelainan atau kerusakan pada ginjal dapat menyebabkan gangguan pengaturan tekanan darah melalui produksi renin oleh sel juxtaglomerular ginjal. Renin merupakan enzim yang berperan dalam lintasan metabolisme sistem RAA (Renin Angiotensin Aldosteron). Renin penting untuk mengendalikan tekanan darah, mengatur volume ekstraseluler plasma darah dan vasokonstriksi arteri. Selain itu, ginjal juga mensekresi hormon antidiuretik (antidiuretic hormone) dan aldosteron.

ADH dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior di otak melalui stimuli terhadap sel-sel collecting duct dan distal convoluted tubule ginjal sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi air dan penurunan volume urin. Sekresi hormon ini dikendalikan oleh peningkatan osmolaritas plasma darah, berkurangnya volume darah dan penurunan tekanan darah. Penuaan, insidens hipertensi meningkat seiring dengan penambahan usia. Hampir setiap orang mengalami peningkatan tekanan darah pada usia

lanjut. Tekanan sistolik biasanya terus meningkat seumur hidup dan tekanan diastolik meningkat sampai usia 50-60 tahun kemudian menurun secara perlahan. Hal ini terkait dengan salah satu perubahan yang terjadi karena proses penuaan yaitu berkurangnya kecepatan aliran darah dalam tubuh. Dengan bertambahnya usia, dinding pembuluh darah arteri menjadi kaku dan menurun elastisitasnya (arteriosklerosis) sehingga terjadi peningkatan resistensi pembuluh darah yang menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah. Akibatnya, terjadi peningkatan tekanan darah sistolik.

Obesitas, pada sebagian besar penderita, peningkatan berat badan yang berlebihan dan gaya hidup memiliki peran utama dalam menyebabkan hipertensi. Suatu penelitian dari *Framingham Heart Study* menunjukkan bahwa, 78% hipertensi yang terjadi pada laki-laki dan 65% pada wanita diakibatkan secara langsung oleh kegemukan atau obesitas. Tiap kenaikan berat badan $\frac{1}{2}$ kg dari berat badan normal yang direkomendasikan dapat mengakibatkan kenaikan tekanan darah sistolik 4,5 mmHg (Magfirah, 2016).

3. Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks.

Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga intertisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem

pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ.

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin.

Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal.

Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Nuraini, 2015).

Menurut Brunner & Suddarth (2013), mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis, yang berkelanjutan ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thorax dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini neuron pre-

ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

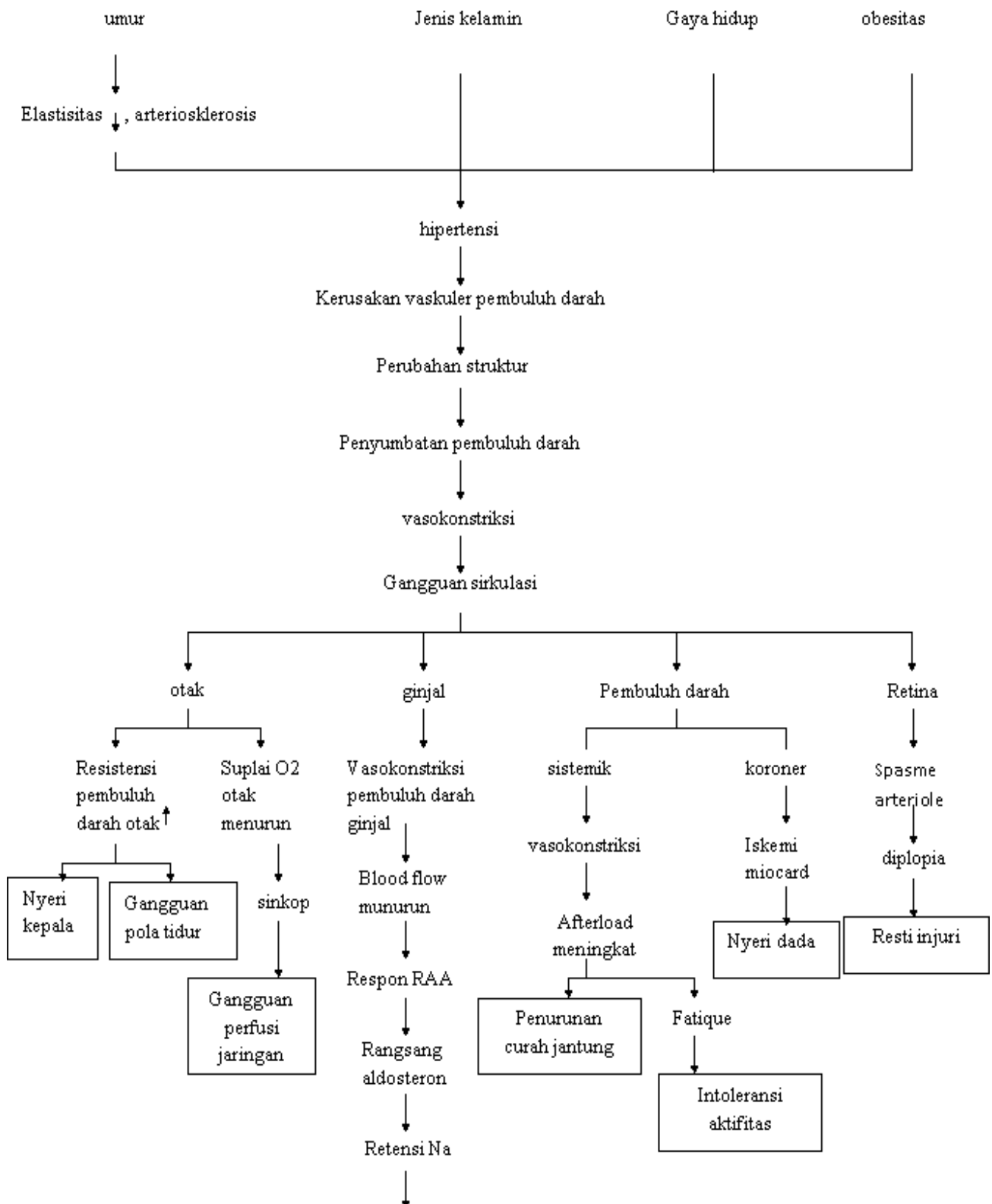
Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpati merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, 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, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Noorhidayah, S.A.. 2016).

Tim POKJA RS Harapan Kita (2013), menyebutkan bahwa patofisiologi hipertensi adalah pada hipertensi primer perubahan patologisnya tidak jelas di dalam tubuh. Terjadi secara perlahan yang meluas dan mengambil tempat pada pembuluh darah besar dan pembuluh darah besar dan kecil pada organ-organ seperti jantung, ginjal, dan pembuluh darah otak. Pembuluh darah seperti aorta, arteri coroner, arteri basiler yang ke otak, dan pembuluh darah perifer di ekstremitas menjadi bengkak. Lumen-lumen menjepit, aliran darah ke jantung menurun, begitu juga ke otak dan ekstremitas bawah dan bisa juga terjadi kerusakan pembuluh darah besar.

4. Pathway

Gambar 2.1
Pathway Hipertensi



Sumber: (Doenges,2014)

5. Tanda Dan Gejala

Manifestasi klinis yang dapat muncul akibat hipertensi menurut Elizabeth J. Corwin ialah bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun. Manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala saat terjaga yang kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler.

Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan. Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang (Nuraini, 2015).

Sebagian besar penderita hipertensi tidak merasakan gejala penyakit. Ada kesalahan pemikiran yang sering terjadi pada masyarakat bahwa penderita hipertensi selalu merasakan gejala penyakit. Kenyataannya justru sebagian besar penderita hipertensi tidak merasakan adanya gejala penyakit. Hipertensi terkadang menimbulkan gejala seperti sakit kepala, nafas pendek, pusing, nyeri dada, palpitasi, dan epistaksis. Gejala-gejala tersebut berbahaya jika diabaikan, tetapi bukan merupakan tolak ukur keparahan dari penyakit hipertensi (WHO, 2013).

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan

pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (Murwani, 2018).

6. Faktor Resiko

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada yang berusia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian premature (Padila, 2019).

Jenis kelamin juga sangat erat kaitannya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi padalaki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah umur 55 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause. Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi. Faktor keturunan atau genetik sangat memegang pengaruh yang sangat besar dalam menyebabkan penyakit ini. Sebagian besar penelitian mendukung konsep ini hingga akhirnya defek monogenik merupakan salah satu akibat naiknya tekanan darah arteri (Padila, 2019).

Garam dapur merupakan faktor yang sangat kuat dalam patogenesis hipertensi. Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal. Asupan garam kurang dari 3 gram tiap hari menyebabkan hipertensi yang rendah. Jika asupan garam antara 5-15 gram per hari, prevalensi hipertensi meningkat menjadi 15-20%. Pengaruh asupan garam terhadap timbulnya hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah. Garam mengandung 40% sodium dan 60% klorida.

Orang-orang peka sodium lebih mudah meningkat sodium, yang menimbulkan retensi cairan dan peningkatan tekanan darah. Garam berhubungan erat dengan terjadinya tekanan darah tinggi. Garam mempunyai sifat menahan air.

Mengonsumsi garam lebih atau makan makanan yang diasinkan dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah. Hal ini tidak berarti menghentikan pemakaian garam sama sekali dalam makanan. Sebaliknya jumlah garam yang dikonsumsi dibatasi (Padila, 2019).

7. Komplikasi Hipertensi

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Padila, 2019).

Infark Myokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Padila, 2019).

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik (Padila, 2019).

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain. Cairan di dalam paru –paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan di tungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema (Padila, 2019).

Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neron-neron disekitarnya kolap dan terjadi koma serta kematian (Padila, 2019).