

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar manusia

Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri) (Hawita, Reni sulistyowati, 2017). Hierarchy of needs (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan akan rasa aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan akan rasa kasih sayang dan memiliki

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan,

persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan akan harga diri**

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*Safety and security needs*) Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkat. Jika tidak terpenuhi, maka akan timbul rasa cemas dan takut sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan lainnya. (Haswita, Reni sulistyowati, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial (Keliat, Windarwati, Parwiowiyono, & Subu, 2015).

Kenyamanan menurut (Keliat dkk., 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya.
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu:

Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.

- a. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- b. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- c. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Sutanto & Fitriana, 2017).

3. Definisi Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan budaya dan sosialnya (Keliat dkk, 2015).

Menurut SDKI (2016) gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

4. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku SDKI (2016) penyebab gangguan rasa aman nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya: dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
- d. Kurangnya privasi
- e. Gangguan stimulus lingkungan
- f. Efek samping terapi (misalnya: medikasi, radiasi, kemoterapi)
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

5. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku SDKI (2016) gejala dan tanda gangguan rasa nyaman adalah

- a. Mengeluh tidak nyaman
- b. Mengeluh mual
- c. Mengeluh ingin muntah

6. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah & Mulyaningrum, 2013) gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman selama kurang dari 6 bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurung waktu lebih dari 6 bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa menimbulkan muntah.

7. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu kondisi subjektif dan pengalaman emosional yang tidak mengenakan berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian terjadi kerusakan (Potter dan Perry, 2012). Nyeri bersifat sangat subjektif karena intensitas dan responnya pada setiap orang berbeda-beda.

Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) Long (1996) Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.

- 2) Priharjo (1992) secara umum, nyeri merupakan perasaan tidak nyaman baik ringan maupun berat.
- 3) Mc Coffery (1979) nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 4) Arthur C. Curton (1983) Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul karena jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 5) Wolf Weifsel Feurst (1974) Nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 6) Asosiasi internasional untuk studi nyeri
nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

b. Fisiologis Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dan memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanik.

Selanjutnya stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa implus-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan

serabut lambat (serabut C). Implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A merupakan sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn*. *Dorsal horn* terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Kemudian, implus nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinotalamus dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu *jalur opiate* dan *jalur nonopiate*. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal descendens dari talamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* implus supresif.

c. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri, atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri. Terdapat beberapa jenis stimulasi nyeri, diantaranya sebagai berikut.

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya akibat edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

d. Teori nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, diantaranya sebagai berikut (Long, 1989).

1) Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke *tractus lissur* dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori Pola (*Pattern Theori*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang sebagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.

3) Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theori*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf (besar dan kecil) yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasilnya persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medula spinalis melalui serat eferan dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori Trasmisi dan Inhibisi

Adanya stimulasi pada *nociceptor* memulai transmisi implus-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh implus-impuls pada serabut-serabut besar yang membentuk implus-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

e. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

1) Nyeri Akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016).

2) Nyeri Kronis

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2016).

Tabel 2.1 Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Kurang dari 3 bulan	6 bulan lebih sampai bertahun-tahun
Pernyataan	Daerah nyeri umumnya diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga dievaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

(Sumber: Long,1989).

f. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya sebagai berikut:

1) Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.

3) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau gerukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi nyeri antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain (A. Aziz Alimul Hidayat Musrifatul Uliyah, 2014)

g. Etiologi Nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, *thermos*, elektrik, *neoplasma* (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah, serta trauma *psikologis* (Handayani, 2015).

h. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang

sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. (Tamsuri, 2007).

1) Karakteristik Nyeri

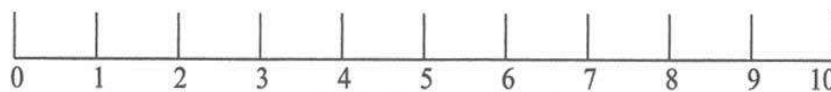
Karakteristik nyeri meliputi lokasi, penyebaran nyeri, dan kemungkinan penyebaran, durasi (menit, jam, hari, bulan) serta irama (terus – menerus, hilang timbul, priode bertambah atau berkurangnya intensitas nyeri) dan kualitas nyeri (Tamsuri A, 2007).

2) Faktor Yang Meningkatkan Dan Menurunkan Nyeri

Berbagai perilaku sering diidentifikasi klien sebagai faktor yang mengubah intensitas nyeri, dan apa yang diyakini klien dapat membantu dirinya. Perilaku ini sering didasarkan pada upaya try and error. (Tamsuri A, 2007).

i. Mengukur Skala Nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. (Tamsuri,2007).



Gambar 2.1 Skala Nyeri

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

4-6 : Nyeri sedang

7-9 : Sangat nyeri, tetapi masih dapat melakukan aktivitas

10 : Sangat nyeri, dan tidak dapat di kendalika

j. Penanganan Nyeri

Menurut (Wahyudi,2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu:

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

a) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu

kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri

b) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Keluhan utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien hipertensi yang datang kerumah sakit adalah nyeri kepala.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Selain mengeluh nyeri kepala pasien juga mengeluh lemas dan pusing.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah riwayat yang diderita sebelumnya sama dengan penyakit yang dialami sekarang.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama

e. Kondisi lingkungan

Kaji apakah kondisi lingkungan merupakan salah satu faktor terjadinya hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI: 2016).

Diagnosa keperawatan pada klien hipertensi menurut NANDA (2015), yaitu:

- a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload vasokonstriksi, hipertropi/rigiditas ventrikuler, iskemia miocard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- d. Potensial perubahan perfusi jaringan serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.
- f. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri.
- g. Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran Mengalami Kegagalan

3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antar sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi pasien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat orioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (Asmadi, 2009).

Intervensi keperawatan sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap Protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nyeri menurun 	<p>Obervasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Lokasi , karakteristik , durasi, frekuensi , kualitas , dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat kepala kepala bagian belakang sampai leher) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (pijat kepala bagian belakang sampai leher) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

2	Gangguan Pola Tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan 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 (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, 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 (Rapid Eye Movement) 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
---	---------------------	--	---

3	Ansietas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
---	----------	--	---

(sumber: SIKI, SLKI, 2016).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan
Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan

Diagnosa	Implementasi
Nyeri Akut	<p>Obervasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi Lokasi , karakteristik , durasi frekuensi , kualitas , dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat kepala bagian belakang sampai leher) 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (pijat kepala bagian belakang sampai leher) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu
Gangguan Pola Tidur	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentisikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memodifikasi lingkungan (mls. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Membatasl waktu tidur siang, jika perlu 3. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Menetapkan jadwal tidur rutin 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat) 6. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selaama sakit 2. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang menggagu tidur 4. Mengajarkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandungsupresor terhadap tidur REM

Ansietas	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Memahami situasi yang membuat ansietas <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 2. Melatih teknik relaksasi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian obat anti-ansietas, jika perlu
----------	--

5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan menurut SLKI(2019) yaitu:

Tabel 2.4 Evaluasi

S	Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
O	Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
A	Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Hipertensi

- a. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya diatas 90 mmHg (NANDA, 2015).
- b. Menurut WHO, penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastolic sama atau lebih besar 95 mmHg (Sulastri, Elmatris & Ramadhani 2012).
- c. Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastoliknyanya antara 95-104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknyanya antara 105 dan 114 mmHg, dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknyanya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanantliastolic karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Sulastri, Elmatris & Ramadhani 2012).

2. Penyebab

Menurut (Sulastri, Elmatris & Ramadhani 2012) Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu:

- a. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya
- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain.

3. Faktor Yang Menyebabkan Hipertensi

- a. Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi

- b. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka TD meningkat), jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan) dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)

c. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr), kegemukan atau makan berlebihan, stress dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin) (Sulastrri, Elmatris & Ramadhani 2012).

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas 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 rennin. Rennin 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 factor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk pertimbangan gerontologi. Perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi 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 berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Sulastri, Elmatris & Ramadhani 2012).

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi (Sulastri, Elmatris & Ramadhani 2012).

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan artari oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

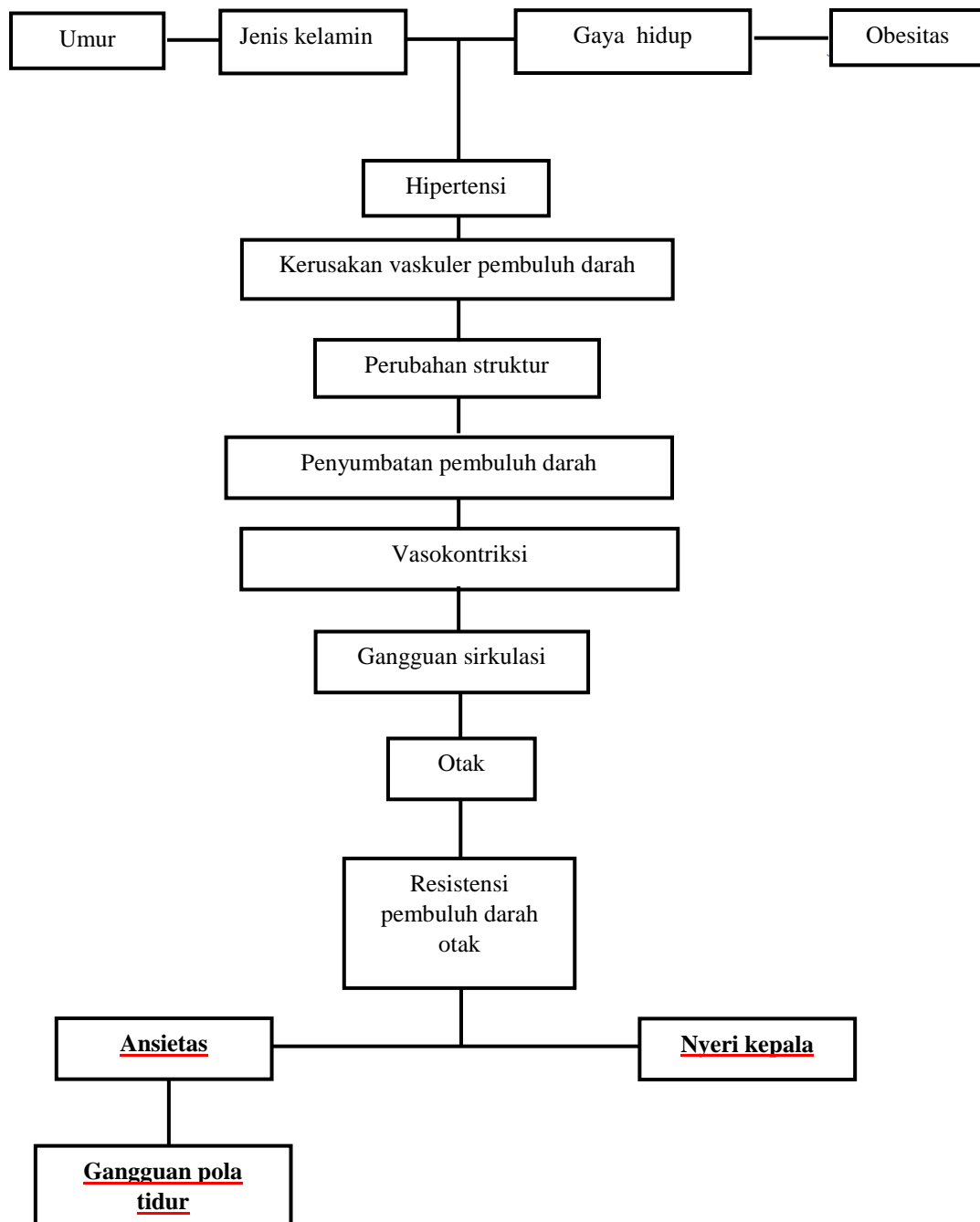
Sering dikatakan bahwa gejala lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
- b. Pemeriksaan retina
- c. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
- d. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- e. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa

- f. Pemeriksaan renogram , pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
- g. Foto dada dan CT scan.

D. Pathway Hipertensi



Sumber: NIC Hasil NOC, 2016

Gambar Pathway Hipertensi 2.2