

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia**

Kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu :

- a. Kebutuhan fisiologis terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlingungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain, kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hirarkhi Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Kasitai & Ni Wayan, 2016).

Berdasarkan teori Maslow, kasus hipertensi pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri kronis, kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing, serta bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

## **2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman**

Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow adalah sebuah teori yang dapat digunakan perawat untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan perawatan. Hirarki kebutuhan manusia mengatur kebutuhan dasar dalam lima tingkatan prioritas. Kebutuhan akan keselamatan dan kenyamanan, yang melibatkan fisik dan psikologis menjadi tingkatan yang kedua. Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

## **3. Fisiologi Rasa Aman dan Nyaman**

Rasa aman didefinisikan oleh Maslow dalam Potter & Perry (2006) sebagai sesuatu kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian dan keteraturan dari keadaan lingkungannya yang mereka tempati. Keamanan adalah kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis (Potter & Perry, 2006).

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri) (Kolcaba, 1992 dalam Potter & Perry, 2006).

Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektivitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

## **4. Prinsip Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu sebagai berikut :

- a) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.

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

Perubahan kenyamanan adalah dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan yang berbahaya (Linda Jual, 2000). Nyeri merupakan perasaan dan pengalaman emosional yang timbul dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau gambaran adanya kerusakan (NANDA, 2005).

#### **5. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman**

Potter & Perry, 2006 menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan meliputi:

- a) Emosi, yaitu kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudah mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.
- b) Status Mobilisasi dengan keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko cedera.
- c) Gangguan Persepsi Sensori akan mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.
- d) Keadaan Imunitas yaitu daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit.
- e) Tingkat Kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
- f) Gangguan Informasi atau Komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik.
- g) Gangguan Tingkat Pengetahuan dengan kesadaran akan terjadi gangguan keselamatandankeamanan dapat diprediksi sebelumnya.
- h) Status nutrisi dengan keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.
- i) Pertambahan usia yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.
- j) Jenis Kelamin. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna

dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

- k) Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi.

## 6. Masalah Yang Terjadi Pada Kebutuhan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (mual) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016):

Tanda dan Gejala Gangguan Rasa Nyaman	
Mayor	Minor
<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengeluh tidaknyaman</li> <li>b) Mengeluh mual</li> <li>c) Mengeluh ingin muntah</li> <li>d) Tidak berminat makan</li> </ul>	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Merasa asam di mulut</li> <li>b) Sensasi panas/dingin</li> <li>c) Seringmenelan</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Saliva meningkat</li> <li>b) Pucat</li> <li>c) Diaphoresis</li> <li>d) Takikardi</li> <li>e) Pupil dilatasi</li> </ul>

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Secara umum, pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data mengenai biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial, dan pemeriksaan fisik (Andarmoyo, S. 2016).

- a. Identitas dan biodata Pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor RM, diagnosis medis, dan alamat klien.
- b. Identitas penanggung jawab meliputi pengkajian nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.
- c. Keluhan utama merupakan keluhan klien pada saat masuk RS, selain itu mengungkapkan penyebab pasien membutuhkan pertolongan sehingga klien dibawa ke Rumah Sakit dan menceritakan kapan pasien mengalami gangguan kebutuhan tersebut.
- d. Riwayat kesehatan sekarang mengungkapkan keluhan paling sering dirasakan oleh pasien saat pengkajian dengan menggunakan metode PQRST. Metode ini meliputi hal-hal:
  - 1) P (*Provokatif/Paliatif*), yaitu membuat terjadinya, timbulnya keluhan hal-hal apa yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan pasien

tersebut dikembangkan dari keluhan utama.

- 2) Q (*Quality/Quantity*), yaitu seberapa berat keluhan terasa, bagaimana rasanya, berapa sering terjadi.
  - 3) R (*Regional/Radiasi*), yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah juga ada penyebaran ke area lain, daerah atau area penyebarannya.
  - 4) S (*Severity of scale*), intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat.
  - 5) T (*Time*), yaitu kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, berapasing sering dirasakan atau terjadi, apakah secara bertahap, apakah keluhan berulang-ulang, bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi.
- e. Riwayat kesehatan dahulu. Untuk mendapatkan profil penyakit, cedera atau operasi yang dialami klien sebelumnya. Misalnya gejala, perjalanan, terminasi, kekambuhan komplikasi, insiden penyakit pada anggota keluarga lain atau komunitas, respon emosi pada hospitalisasi sebelumnya, dan kejadian dan sifat cedera.
- 1) Riwayat alergi mengkaji reaksi tak umum terhadap makanan, obat, binatang, tanaman, atau produk rumah tangga seperti obat-obatan (meliputi nama, dosis, jadwal, durasi, dan alasan pemberian)
  - 2) Kebiasaan
    - a) Pola perilaku seperti menggigit kuku, menghisap ibu jari, pika, ritual, seperti “selimut pengaman”, gerakan tidak umum (membenturkan kepala, memanjat), dan tempat tenang.
    - b) Aktivitas sehari-hari seperti jam tidur dan bangun, durasi tidur siang atau malam, usia toilet training, pola defekasi dan berkemih, tipe latihan.
- f. Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Ada empat cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Untuk dapat informasi tentang masalah kesehatan yang potensial. Pada pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau *head to toe*.
- 1) Inspeksi, pengumpulan data melalui melihat, mengobservasi, mendengar, atau mencium. Misalnya keadaan luka dapat dilihat adanya kemerahan,

adanya granulasi, pus, luka kering atau lembab, panjang, dan kedalaman luka. Pasien dengan asma dapat terdengar bunyi wheezing walau tanpa menggunakan stetoskop. Perawat dapat pula mengidentifikasi adanya bau gangrene, bau keton pada pernapasan pasien dengan ketoasidosis. Adanya pucat, sianosis, warna kulit, pasien sulit bernapas, adanya pernapasan cuping hidung, atropi bagian tubuh, dan kelainan-kelainan lain yang dapat dilihat menggunakan teknik pemeriksaan inspeksi.

- 2) Auskultasi, pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop. Misalnya auskultasi bunyi jantung dapat diidentifikasi adanya bunyi jantung, I, II, III atau IV, bunyi bising jantung, murmur, gallop. Pemeriksaan bising usus, paru-paru juga dapat diidentifikasi dengan auskultasi misalnya bunyi rales, bronkial, vesikuler, dan ronkhi.
- 3) Palpasi, teknik ini dapat digunakan untuk mengumpulkan data misalnya, untuk menentukan adanya kelembutan, tenderness, sensasi, suhu tubuh, massa tumor, edema, dan nyeri tekan.
- 4) Perkusi, yaitu pemeriksaan dengan cara mengetok bagian tubuh yang diperiksa. Teknik ini dapat mengidentifikasi adanya kelembutan, nyeri ketok, menentukan adanya massa atau infiltrate, menentukan adanya perubahan bunyi organ, seperti bunyi timpani, dullness, flat.

g. Pemeriksaan penunjang atau diagnostic

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Misalnya untuk menentukan status nutrisi pada pasien anemia dapat diketahui melalui pemeriksaan hemoglobin dan albumin. Indikasi adanya infeksi dengan pemeriksaan leukosit. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, feses, USG, MRI, dan lain-lain.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI T. P., 2016).

**Tabel 2.1**  
**Diagnosis Keperawatan**

No	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis
			Tanda Mayor	Tanda Minor	
1.	<p><b>Nyeri Kronis (D.0078)</b></p> <p>Definisi : 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi muskuloskeletal kronis</li> <li>2. Kerusakan sistem saraf</li> <li>3. Penekanan saraf</li> <li>4. Infiltrasi tumor</li> <li>5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>6. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)</li> <li>7. Gangguan fungsi metabolik</li> <li>8. Riwayat posisi kerja statis</li> <li>9. Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>10. Kondisi pasca trauma</li> <li>11. Tekanan emosional</li> <li>12. Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual)</li> <li>13. Riwayat penyalahgunaan obat atau zat</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Merasa depresi (tertekan)</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Gelisah</li> <li>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Merasa depresi (tertekan)</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Gelisah</li> <li>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi kronis (mis arthritis reumatoid)</li> <li>2. Infeksi</li> <li>3. Cedera modula spinalis</li> <li>4. Kondisi pasca trauma</li> <li>5. Tumor</li> </ol>
2.	<p><b>Gangguan Pola Tidur (D. 0055)</b></p> <p>Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan, pemeriksaan, dan tindakan)</li> <li>2. Kurang kontrol tidur</li> <li>3. Kurang privasi</li> <li>4. Restraint fisik</li> <li>5. Ketiadaan teman tidur</li> <li>3. Tidak familiar dengan peralatan tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Mengeluh sering Terjaga Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>3. Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>4. Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (tidak tersedia)</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>(tidak tersedia)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri/kolik</li> <li>2. Hypertirodisme</li> <li>3. Kecemasan</li> <li>4. Penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>5. Kehamilan</li> <li>6. Periode pasca partum</li> <li>7. kondisi pasca operasi</li> </ol>

3.	<p><b>ANSIETAS (D. 0080)</b></p> <p>Definisi Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krisis situasional</li> <li>2. Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>3. Krisis maturasional</li> <li>4. Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>5. Ancaman terhadap kematian</li> <li>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</li> <li>7. Disfungsi system keluarga</li> <li>8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan</li> <li>9. Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)</li> <li>10. Penyalahgunaan zat</li> <li>11. Terpapar bahaya lingkungan (miss. Toksin, polutan, dan lain-lain)</li> <li>12. Kurang terpapar informasi</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3. Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak gelisah</li> <li>2. Tampak tegang</li> <li>3. Sulit tidur</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh pusing</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Palpitasi</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas meningkat</li> <li>2. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>3. Tekanan darah meningkat</li> <li>4. Diaforesis</li> <li>5. Tremor</li> <li>6. Muka tampak pucat</li> <li>7. Suara bergetar</li> <li>8. Kontak mata buruk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis progresif (miss. Kanker, penyakit autoimun)</li> <li>2. Penyakit akut</li> <li>3. Hospitalisasi</li> <li>4. Rencana operasi</li> <li>5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas</li> <li>6. Penyakit neurologis</li> <li>7. Tahap tumbuh kembang</li> </ol>
----	--	---	--	--	--

(Sumber : Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, 2016)



### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI T. P., 2018).

Perencanaan di awali dengan merumuskan tujuan yang ingin di capai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosis keperawatan, merumusan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018).

Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

**Tabel 2.2**  
**Intervensi Keperawatan**  
(PPNI T. P., 2018)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter (D.0078)</p>	<p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyerimenurun.</li> <li>2. Meringis menurun.</li> <li>3. Gelisah menurun.</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun.</li> <li>5. Sikap protektifmenurun.</li> <li>6. Menarik diri Menurun..</li> <li>7. Muntah menurun.</li> <li>8. Mual menurun.</li> <li>9. Pola nafas membaik.</li> </ol> <p>Kontrol nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat.</li> <li>2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat.</li> <li>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat.</li> <li>3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat.</li> <li>4. Dukungan orangterdekat meningkat.</li> <li>5. Keluhan nyeri Menurun.</li> <li>4. Penggunaan analgesik menurun.</li> </ol>	<p>a.<b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 .Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala Nyeri.</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.aromaterapi, Kompres hangat/dingin).</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, kebisingan).</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicunyeri.</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li>3. Ajarkan tekniknonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 .Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol> <p>b.<b>Pemberian analgetic.</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi).</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi obat.</li> <li>3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.</li> <li>4. Monitor tanda–tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>5. Monitor efektifitas analgesik.</li> </ol> <p><b>Teurapetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenisanalgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu.</li> <li>2. Pertimbangkan penggunaan infuse kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum.</li> <li>3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan responpasien.</li> <li>4. Dokumentasikan respond terhadap efek analgesik dan efek yang tidak</li> </ol>

			<p>diinginkan.</p> <p><b>Edukasi</b> Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.</p> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.</p>
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur <b>(D.0055)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun.</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur menurun.</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah menurun .</li> <li>4. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan Tidur</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur.</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air putih sebelum tidur).</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. Kebisingan, suhu, tempat tidur).</li> <li>2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur.</li> <li>3. Tetapkan jadwal tidur rutin.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Ajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja).</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autognik tsu csrs nonfarmakologis lainnya.</li> </ol>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi <b>(D.0080)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingk ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun.</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun.</li> <li>4. Perilaku tagang menurun.</li> <li>5. Konsentrasi membaik.</li> <li>6. Pola tidur membaik.</li> </ol>	<p>a. <b>Manajemen Energi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor).</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana teurapetik untuk menyembuhkan kepercayaan.</li> <li>2. Pahami situasi yang membuat ansietas.</li> <li>3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>4. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</li> <li>5. Motifasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu.</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"><li>3. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan.</li><li>4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.</li><li>5. Latih Teknik relaksasi.</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.</p>
--	--	--	---

*(Sumber : Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)*

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018). Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut :

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

#### 5. Evaluasi Keperawatan

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 pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*) sebagai pola fikirnya.

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

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi :

- 1) Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- 3) Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama

sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- 4) Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

### C. Tinjauan Konsep Penyakit

#### 1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruhan jaringan dan organ-organ tubuh secara terusmenerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten, di mana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg. Pada populasi medula, hipertensi sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Isti Handayaningsih, 2009).

Hipertensi adalah sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Syamsudin, 2011). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI, 2013).

#### 2. Etiologi Hipertensi

Klasifikasi berdasarkan etiologi, yaitu sebagai berikut

- a. Hipertensi esensial primer Sembilan puluh prosen penderita hipertensi mengalami hipertensi esensial primer. Penyebabnya secara pasti belum diketahui. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi esensial yaitu : faktor genetik, stress dan psikologis, faktor lingkungan, diet.
- b. Hipertensi sekunder lebih mudah dikendalikan dengan penggunaan obat- obatan. Penyebab hipertensi sekunder diantaranya adalah : berupa kelainan ginjal, obesitas, retensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oraldan kortikosteroid.

Bagi kebanyakan orang dewasa, tidak ada penyebab pasti tekanan darah tinggi primer (*esensial*). Tekanan darah tinggi jenis ini, cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun. Sebaliknya, beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh kondisi yang mendasarinya atau disebut hipertensi sekunder. Tekanan darah tinggi jenis ini, cenderung muncul tiba-tiba dan menyebabkan tekanan darah lebih tinggi dari pada hipertensi primer. Berbagai kondisi dan pengobatan dapat menyebabkan hipertensi sekunder, termasuk obstructive sleep apnea, masalah ginjal, tumor kelenjar adrenal, masalah tiroid, cacat

bawaan tertentu pada pembuluh darah, obat-obatan tertentu (Sugeng Jitowiyono, 2018).

**Tabel 2.3**  
**Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi *Joint National Committee (JNC)***

Klarifikasi tekanan Darah	Tekanan darah sistolik ( mmHg )	Tekanan darah diastolic ( mmHg )
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

**Sumber :** (Abdul Majid, 2018).

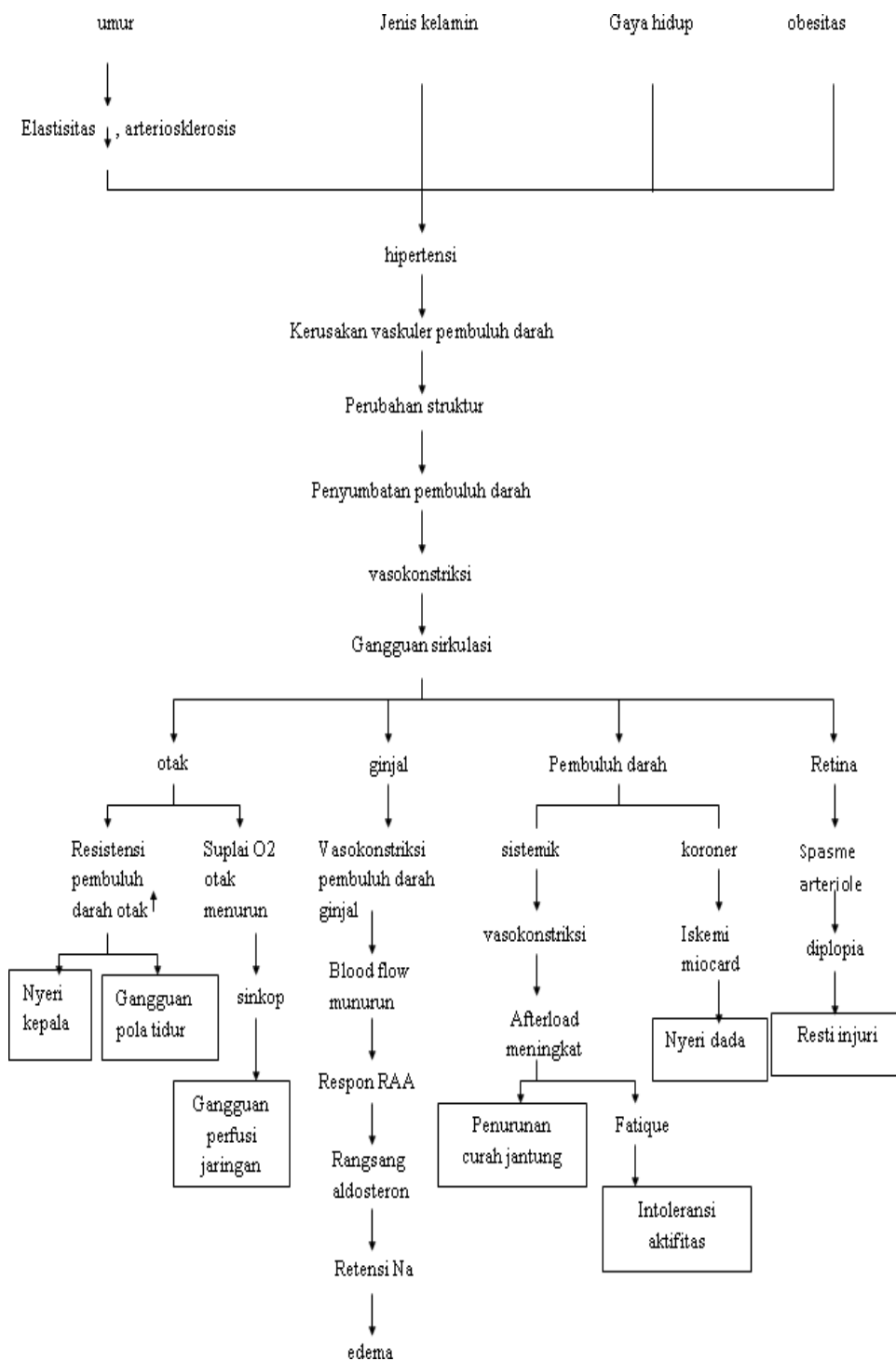
### 3. Tanda dan Gejala Hipertensi

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 (Nurarif, 2015).

### 4. Patofisiologi Hipertensi

Tekanan disebabkan oleh jumlah darah yang di pompa keluar oleh jantung dan resistensi vaskuler sistemik. Jika diameter pembuluh darah menyempit yang di akibatkan oleh adanya aterosklerosis atau vasokonstriksi pembuluh darah maka akan terjadi mekanisme kompensasi dimana tekanan darah akan meningkat guna memaksa darah masuk ke dalam pembuluh darah yang sempit. Sebaliknya jika terjadi peningkatan volume (*viskositas*) dimana darah menjadi lebih kental, tekanan dipembuluh darah akan meningkat dan jantung akan berkerja lebih kuat untuk mengalirkan darah yang berada didalam pembuluh darah. Keadaan seperti cemas/stess mampu meningkatkan tekanan darah dengan menstimulasi saraf simpatis sehingga menyebabkan *vasokonstriksi perifer* dan meningkatnya tekanan darah. Selainitu adanya peningkatan insulin dalam darah juga menstimulasi sistem saraf simpatis sehingga menyebabkan terjadinya vasokonstriksi perifer dan meningkatkan tekanan darah (Dewit, 2013).

5. Pathway Hipertensi



Gambar 2.1  
Pathway Hipertensi



## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sugeng Jitowiyono (2018), pengukuran tekanan darah, biasanya dilakukan dengan peletakan manset tangan tiup dilengan dan tekanan darah ditentukan menggunakan alat ukur tekanan pembacaan tekanan darah, dinilai dalam mmHg memiliki dua angka. Nomor pertama (atau atas), mengukur tekanan di arteri saat jantung berdetak (tekanan sistolik), yang kedua (atau lebih rendah) mengukur ukuran tekanan di arteri antara ketukan (tekanan distolik). Pengukuran tekanan darah di bagi menjadi empat kategori, yaitu sebagai berikut

- a. Tekanan darah normal, jika berada dibawah 120/80 mmHg.
- b. Pre-hipertensi adalah tekanan sistolik yang berkisaran antara 120 sampai 139 mmHg atau tekanan distolik berkisar antara 80 sampai 89 mmHg. Prehipertensi cenderung memburuk seiring berjalannya waktu.
- c. Hipertensi tahap satu, adalah tekanan sistolik yang berkisar antara 140 sampai 159 mmHg atau tekanan distolik antara 90 sampai 99 mmHg.
- d. Hipertensi tahap dua, hipertensi yang lebih parah, hipertensi tahap dua adalah tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih tinggi tekanan diastolik 100mmHg atau lebih tinggi. Kedua angka dalam pembacaan tekanan darah sangat penting namun, bagi klien pada usia 60 tahun ke atas, pembacaan sistolik lebih signifikan, hipertensi sistolik terisolasi adalah suatu kondisi di mana tekanan diastolik normal (kurang dari 90 mmHg) namun tekanan sistolik tinggi (lebih besar dari 140 mmHg). Hipertensi ini adalah jenis tekanan darah tinggi yang umum diantara orang-orang yang berusia lebih dari 60 tahun. Pembacaan tekanan darah tinggi bisa dilakukan dua sampai tiga kali sebelum tekanan darah tinggi benar- benar terdiagnosis. Jika klien memiliki tekanan darah tinggi, riwayat kesehatan dan pemeriksaan juga harus dilakukan tes rutin, seperti tes urin (urinalisis), tes darah, tes kolestrol dan elektro kolekterogram bisa dikonstruksikan untuk klien.

## 7. Penatalaksanaan

### a. Keperawatan

Terapi yang diberikan pada klien tekanan darah tinggi yang terdiri dari terapi farmakologis dan non-farmakologis. Pada klien pre-hipertensi terapi non-farmakologis seperti modifikasi pola hidup lebih diperlukan dibanding farmakologis. Tujuan pemberian terapi pada tahap ini adalah menurunkan risiko berkembangnya penyakit hipertensi.

Adapun modifikasi pola hidup yang disarankan yaitu diet rendah lemak, perbanyak makan sayur dan buahbuahan, mengurangi konsumsi sodium (<2,4 gram per hari), menghilangkan kebiasaan minum alkohol dan meningkatkan aktifitas fisik seperti jalan cepat selama 30 menit perhari. Pada penderita yang telah masuk tahap hipertensi selain modifikasi gaya hidup, pemberian terapi farmakologis juga diperlukan. Tujuan pemberian terapi yaitu mencapai target tekanan darah ditentukan yaitu <130/80 mmHg (Blush, 2014).

#### b. Penatalaksanaan Medis

Beberapa obat anti-hipertensi yang sering digunakan yaitu *diuretic tiazid*, *angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)*, *angiotensin receptor blockers (ARBs)*, *beta blockers (BBs)* dan *calcium channel blockers*, *central a2* dan *vasodilator langsung*. Pada hipertensi stadium I awal biasanya penggunaan single-drug therapy masih efektif. Namun pada stadium I akhir dan stadium II kadang diperlukan kombinasi dua atau lebih obat antihipertensi seperti angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta blockers (BBs) dan calcium channel blockers (CCBs).

Menganjurkan klien makan makanan yang sehat dengan sedikit garam, asupan garam tidak lebih dari ¼-1/2 sendok teh : 6 gram/hari, berolahraga secara teratur berupa: jalan, jogging, bersepeda 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu, dengan mempertahankan berat badan yang ideal, menghindari minuman berkafein, minuman beralkohol, istirahat yang cukup 6- 8 jam dan mengendalikan stress (Sugeng Jitowiyono, 2018).

#### c. Terapinon farmakologis

Keluhan utama yang dialami oleh penderita hipertensi biasanya adalah nyeri kepala, nyeri kepala pada penderita hipertensi biasanya terjadi karena adanya peningkatan atau tekanan darah tinggi dimana hal ini terjadi karena adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya dan serangkaian pembuluh darah di arteri dan vena yang menyangkut pembuluh darah. Hal itu membuat aliran darah di sirkulasi dan menyebabkan tekanan meningkat, untuk mengatasi hal ini bisa dilakukan dengan cara nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam, cara ini sangat dianggap mudah dan bisa dilakukan dengan berkonsentrasi penuh, rileks, dan lingkungan yang nyaman. Menurut (Ervan 2013, dalam Nurtanti & Puspitaningrum, 2017) Latihan nafas dalam merupakan suatu bentuk terapi non-farmakologis, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas dalam lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri

teknik relaksasi nafas dalam juga meningkatkan oksigenasi dalam darah.

Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat menurunkan tekanan darah adalah memberikan aromatherapi, hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi aromatherapy terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi di desa Kesesi kecamatan Kesesi kabupaten Pekalongan. Hal ini dibuktikan dengan rata-rata tekanan darah sistolik sebelum diberikan terapi aromatheraphy yaitu 156,46 mmHg dan rata-rata tekanan darah sistolik setelah diberikan terapi aromatherapy 138 mmHg, rata-rata tekanan darah diastolik sebelum diberikan terapi aromatheraphy yaitu 93 mmHg dan setelah diberikan terapi aromatherapy dalam rata-rata 86,46 mmHg (Dwi Hartanti Dkk, 2016).