

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan proses yang dinamis, terorganisir, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah data, dan mengatur data serta mendokumentasikan data dalam format pengkajian. Proses pengumpulan data dapat dilakukan melalui keluhan pasien (data objektif), dan sumber lain selain pasien (data subjektif) yang berasal dari keluarga pasien (Tarwoto, 2015) Adapun data pengkajian yang di perlukan pada yaitu sebagai berikut:

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan yang terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku bangsa dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

pada Pada pasien hipertensi keluhan yang sering muncul adalah nyeri pada pada kepala karena adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.

c. Data riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan saat pengkajian, yang diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian, yang dikeluhkan biasanya pasien tampak memerangi tubuh yang terasa nyeri, pucat, lemas. Pengkajian pada masalah nyeri secara umum yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi

nyeri, intensitas nyeri, dan waktu serangan atau yang sering disebut pengkajian PQRST.

2) Riwayat penyakit dahulu

Pasien hipertensi dengan riwayat kebiasaan mengkonsumsi garam yang merupakan kontributor utama yang memicu peningkatan tekanan darah.

3) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan, alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung. Pada pasien gastritis, dikaji adakah keluarga yang mengalami gejala serupa, penyakit keluarga berkaitan erat dengan penyakit yang diderita pasien. Apakah hal ini ada hubungannya dengan kebiasaan keluarga dengan pola makan, misalnya minum- minuman yang panas, bumbu penyedap terlalu banyak, perubahan pola kesehatan berlebihan, penggunaan obat- obatan, alkohol, dan rokok.

4) Riwayat psikososial dan spiritual

Meliputi mekanisme coping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

5) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi

Menggambarkan masalah keseimbangan nutrisi, asupan, hal-hal yang berhubungan dengan pemasukan nutrisi dan kebutuhan nutrisi.

b) Pola eliminasi

Pola fungsi ekskresi feses, urine dan kulit seperti pola BAB, BAK, dan gangguan atau kesulitan ekskresi. Faktor

yang mempengaruhi fungsi ekskresi seperti pemasukan cairan dan aktivitas.

c) Pola istirahat dan tidur

Pengkajian pola istirahat tidur ini difokuskan pada pola tidur dan aktivitas pasien, serta masalah-masalah yang berkaitan dengan istirahat dan tidur. Hal yang perlu ditanyakan adalah jumlah jam tidur pada malam hari, pagi, siang, apakah merasa tenang setelah tidur, adakah masalah selama tidur, apakah terbangun dini hari, insomnia atau mimpi buruk.

d) Pola aktivitas/latihan

Menggambarkan pengkajian dari kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas keadaan dan masalah yang berhubungan dengan latihan dan aktivitas seperti kekuatan otot ekstremitas.

e) Pola kognisi-perseptual

Pada pola ini menggambarkan pengkajian pada pasien tentang fungsi penglihatan, sensori, penilaian, pendengaran dan penciuman.

f) Pola toleransi-koping stress

Pengumpulan data ini ditanyakan adanya koping mekanisme yang digunakan pada saat ada masalah atau kebiasaan koping mekanisme serta tingkat toleransi stress yang dimiliki. Pada pasien hipertensi, biasanya mengalami stress berat baik emosional maupun fisik, emosi labil.

g) Pola persepsi diri/konsep koping

Pada persepsi ini yang ditanyakan adalah persepsi tentang dirinya dari masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya.

h) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan peran dan hubungan masalah yang dialami oleh pasien dalam berinteraksi dengan istri/suami, keluarga, tetangga, lingkungan, dan aktivitas sosial pasien.

i) Pola nilai dan keyakinan

Menggambarkan tentang pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain- lain.

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. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI 2017). Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien hipertensi adalah sebagai berikut:

a. Gangguan rasa nyaman

1) Definisi

Perasaan kurang senang,lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

2) Tanda dan gejala

Subjektif :

Mengeluh tidak nyaman, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.

Objektif :

Gelisah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

b. Gangguan pola tidur

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat faktor eksternal.

2) Tanda dan gejala

Subjektif :

Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan aktivitas menurun.

Objektif : -

c. Defisit pengetahuan

1) Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

2) Tanda dan gejala

Subjektif :

Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku yang berlebihan (misal, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria).

3. Intervensi

Intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari beberapa tahapan dalam intervensi yang akan dilakukan yaitu observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi (SIKI, 2018). Diagnosa yang muncul pada pasien hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.1
Intervensi Tindakan Keperawatan Indonesia Tahun 2018

| No. | Diagnosa keperawatan | Tujuan | Intervensi utama | Intervensi pendukung |
|-----|----------------------|--|---|---|
| 1. | Gangguan rasa nyaman | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kesejahteraan fisik meningkat - Dukungan sosial dari keluarga meningkat - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Kebisingan menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Lelah menurun - Pola hidup membaik - Pola tidur membaik | <p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tingkat penurunan energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman jika memungkinkan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan | <p>Edukasi teknik napas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas - Jelaskan prosedur teknik napas - Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (duduk, baring) - Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh - Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan - Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan - Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik |

| | | | | |
|----|---------------------|---|--|--|
| | | | <p>analgetik atau tindakan medis lain jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan manfaat batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (musik meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresi) - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing) | |
| 2. | Gangguan pola tidur | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan | <p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi | <p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang nyaman rendah stimulus(cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|---|--|
| | | istirahat tidak cukup menurun | <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (pencahaya-an, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang Jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Terapkan jadwal tidur rutin lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi terapi, akupresure) - Sesuaikan jadwal Pemberian obat dan atau tindakan yang menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan pengobatan obat tidur yang tidak mengandung suppressor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) | <p>rentang gerak pasif dan/aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |
|--|--|-------------------------------|---|--|

| | | | | |
|----|---------------------|--|--|---|
| | | | - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya. | |
| 3. | Defisit pengetahuan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambar kan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun | <p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat | <p>Edukasi aktivitas/istirahat</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat - Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau atau aktivitas lainnya - Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat - Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis.kelelahan sesak napas saat istirahat) - Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan |

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI,DPP 2018)

4. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan tindakan yang telah di rencanakan di tahap intervensi sebelumnya, implementasi terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang diberikan merupakan suatu tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk melakukan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan (Siregar, 2020)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto, 2015)

B. Konsep Kebutuhan Dasar pada Pasien Hipertensi

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Potter dan Perry dalam buku Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia (Hidayat, 2014) menjelaskan kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dikelompokkan menjadi lima kategori yaitu terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk suatu piramida sebagai berikut:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia dalam hirarki Maslow, yaitu kebutuhan fisiologis oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.

c. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup, ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya. Adapun perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang.

d. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan akan harga diri ataupun 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

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan untuk kontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Konsep rasa nyaman

a. Pengertian kebutuhan rasa nyaman

Kenyamanan atau 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). Dalam meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat lebih memberikan kekuatan, harapan, dorongan, hiburan, dukungan dan

bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien

Kenyamanan adalah suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi yang menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi tiga yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan sosial.

Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa tidak nyaman karena nyeri, gelisah, mual, tidak bisa rileks. Hal ini disebabkan karena kondisi yang dialami pasien merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Haswita, 2017).

b. Faktor- faktor yang mempengaruhi rasa nyaman

1) Usia

Ini erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu.

2) Gaya hidup

Faktor gaya hidup dapat menempatkan pasien dalam resiko bahaya yaitu lingkungan kerja yang tidak aman, tinggal di daerah dengan tingkat kejahatan tinggi, ketidakcukupan dana untuk membeli perlengkapan keamanan, adanya akses dengan obat-obatan atau zat adiktif berbahaya.

3) Mobilisasi dan status kesehatan

Pasien dengan gangguan mobilitas, kelemahan otot, gangguan keseimbangan atau koordinasi memiliki resiko untuk terjadinya cedera.

4) Gangguan sensori persepsi

Sensori persepsi yang akurat terhadap stimulus lingkungan sangat penting bagi keamanan seseorang. Pasien dengan gangguan persepsi rasa, dengar, raba, cium, dan lihat, memiliki resiko tinggi untuk cedera.

5) Tingkat kesadaran

Kesadaran merupakan kemampuan untuk menerima stimulus lingkungan, reaksi tubuh dan berespon tepat melalui proses berfikir dan tindakan.

6) Status emosional

Status emosi dapat mengganggu kemampuan pasien menerima bahaya lingkungan. Pasien dengan depresi cenderung lambat berfikir dan bereaksi terhadap stimulus lingkungan.

7) Kemampuan komunikasi

Pasien dengan penurunan kemampuan untuk menerima informasi juga beresiko untuk cedera.

8) Faktor lingkungan

Lingkungan dengan perlindungan yang minimal dapat beresiko menjadi penyebab cedera baik di rumah, tempat kerja, dan jalanan.

3. Pengertian gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik , psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual. Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk rileks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (PPNI, 2016).

4. Penyebab gangguan rasa nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah:

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

5. Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berdasarkan Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia 2017. Adapun gejala dan tanda mayor yang muncul yaitu:

- a) Subjektif, mengeluh tidak nyaman
- b) Objektif, gelisah

Selain gejala dan tanda mayor, terdapat pula gejala dan tanda minor yang muncul yaitu:

- a) Subjektif, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.
- b) Objektif, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

C. Konsep Penyakit Hipertensi

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah pada angka sistolik dan diastolik menunjukkan lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang diukur paling tidak pada tiga kesempatan berbeda. Kondisi ini membuat jantung bekerja lebih cepat

untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah. Hal ini dapat menghambat aliran darah, merusak pembuluh darah, bahkan mengakibatkan penyakit degenerative, bahkan kematian (Sari, 2017).

2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi atau tekanan darah tinggi, terbagi menjadi dua jenis:

a) Hipertensi esensial (Primer)

Tipe ini lebih jarang terjadi, pada sebagian besar kasus tekanan tinggi, sekitar 95%. Penyebab hipertensi esensial adalah multifaktor terdiri dari faktor genetik dan lingkungan faktor genetik bersifat poligenik dan terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskular dari keluarga faktor predisposisi genetik ini dapat berupa sensitifitas pada natrium kepekaan terhadap stres peningkatan reaktivitas vaskuler atau terhadap vasokonstriktor dan resistensi insulin paling sedikit ada tiga faktor lingkungan yang dapat menyebabkan hipertensi yakni makan garam garam atau natrium berlebihan test psikis dan obesitas (Manurung, 2018).

b) Hipertensi sekunder

Prevalensinya hanya sekitar 5 sampai 8% dari seluruh Penderita hipertensi hipertensi ini dapat disebabkan oleh penyakit ginjal atau hipertensi renal, penyakit endokrin atau hipertensi endokrin dan obat-obatan.

3. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu :

a) Hipertensi primer ensiesal

Hipertensi esensial/ hipertensi primer penyebab dari hipertensi ini belum diketahui, namun faktor resikonya adalah keluarga dengan riwayat hipertensi, pemasukan sodium berlebihan, kosumsi kalori

berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, pemasukan alkohol berlebihan, obesitas

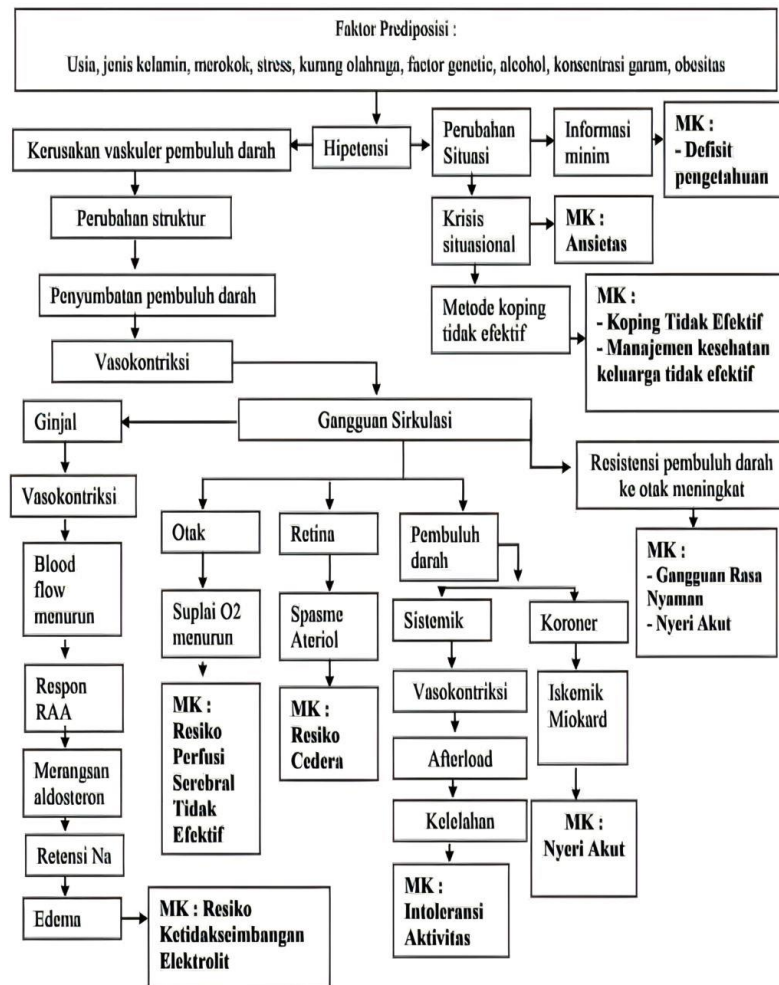
b) Hipertensi sekunder

penyebabnya yaitu penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

4. Fisiologi

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 (Nuraini, et.al 2021).

Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial 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.



Gambar 1
Pathway Hipertensi

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

5. Manifestasi klinis

Pada sebagian besar penderita, Hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan yang bisa saja terjadi baik pada penderita Hipertensi. Manifestasi klinis Hipertensi secara umum dibedakan menjadi:

a) Tidak ada gejala

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

b) Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai Hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan, perubahan penglihatan, kesemutan, pada kaki dan tangan, sesak nafas, kejang, atau koma, nyeri dada. Penyakit tekanan darah tinggi merupakan kelainan sepanjang umur tetapi penderita dapat hidup normal seperti layaknya orang sehat asalkan mampu mengendalikan tekanan darah dengan baik. Dilain pihak orang yang masih muda dan sehat harus selalu memantau tekanan darahnya. Minimal setahun sekali, apalagi bagi mereka yang mempunyai faktor faktor pencetus Hipertensi seperti kelainan berat badan.

c) Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Hb/ Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terdapat volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokooagulabilitas, anemia.

b) BUN/ kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glucosa : hiperlikemi (HIPERTENSI adalah pencetus Hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

c) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfusi ginjal dan hipertensi.

2) CTScan : mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.

3) EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

- 4) IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 5) Photo dada : menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katub pembesaran jantung.

6. Penataksanaan

Inti dari penatalaksanaan hipertensi antara lain pencegahan pada sasaran induvidu yang memiliki tekanan darah tinggi, riwayat keluarga hipertensi, dan gaya hidup yang terkait dengan usia yang meningkatkan tekanan darah, seperti obesitas, asupan tinggi natrium, inaktivitas fisik, dan asupan alkohol berlebihan.

Keputusan terapi untuk pasien hipertensi berdasarkan pada derajat peningkatan tekanan darah, keberadaan kerusakan organ, sasaran, dan keberaddaan penyakit kardiovaskular klinis atau faktor resiko lain, modifikasi gaya hidup meliputi penurunan berat badan, (satu-satunya metode pencegahan yang paling efektif program harus dibuat oleh individu), olahraga (latihan aerobik teratur untuk mencapai kebugaran fisik sedang), diet rendah garam (sasaran <6 gr garam per hari), tingkatan asupan kalsium, kalium, dan magnesium, kurangi asupan alkohol, (tidak lebih dari 2 gelas bir 10 Ons anggur perhari untuk pria, jumlah seluruhnya untuk wanita), dan berhenti merokok.

Terapi farmakologis dianjurkan untuk pasien yang telah gagal dengan terapi modifikasi gaya hidup saja. Mengalami hipertensi tahap dua atau tiga, mengalami kerusakan pada organ sasaran, atau memiliki faktir, resiko kardiovaskular lain yang bermakna, JNC VII tetap merekomendasikan deuretika atau penyekat sebagai obat di garis pertama untuk hipertensi tanpa komplikasi.

Kondisi lain yang menyertai indikasi pilihan obat antara lain anti hipertensi tertentu. Prinsip umum adalah menyesuaikan pilihan obat anti hipertensi untuk tiap pasien. kelas obat yang relative baru dikenal sebagai penyekat reseptor angiotensin II, obat ini memiliki efek samping yang

lebih sedikit dari inhibitor enzim pengkonversi angiotensin yang klasik dan efektif dalam mengontrol tekanan darah pada banyak pasien, tetapi perlindungan jangka panjangnya terhadap kerusakan organ sasaran belum diketahui, kombinasi dosis terapi dua obat dari kelas yang berbeda sering mengandung dosis yang sangat kecil dari setiap obat sehingga meminimalkan efek buruk, sementara memberikan efek anti hipertensi yang baik.

7. Komplikasi

Komplikasi dari terjadinya hipertensi adalah stroke, gagal ginjal, dan gagal jantung.

- a) Stroke yaitu dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dan pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri arteri yang memperdarahi otak mengalami hiperteropi yang menebal, sehingga aliran darah ke daerah daerah yang diperdarahnya berkurang.
- b) Gagal Ginjal yaitu dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus, rusaknya glomerulus mengakibatkan darah 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 odema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.
- c) Gagal jantung yaitu ketidak mampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sehingga disebut edema.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.2
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

| No. | Judul | Tahun | Penulis | Hasil |
|-----|---|-------|-------------------|---|
| 1. | Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi | 2019 | Khaieunissa Nisa | Hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama. Keluhan yang dirasakan oleh kedua pasien yaitu nyeri kepala, rasa tidak nyaman pada leher dan tengkuk, dan pasien 1 memiliki tekanan darah 170/90 mmHg, rr: 20x/m, N: 65x/m, S: 36°C. sedangkan pasien 2 memiliki tekanan darah 160/100mmHg, rr:19x/m, N: 84x/m, S: 36°C. kedua pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi pada keluarganya. Hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis merencanakan untuk melakukan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa yaitu teknik relaksasi napas dalam, dan juga pendidikan kesehatan mengenai penyakit hipertensi. Teknik relaksasi napas dalam dapat melepaskan ketegangan dan mengembalikan keseimbangan tubuh. Selain itu juga teknik napas dalam dapat meningkatkan konsentrasi pada diri, mempermudah untuk mengatur napas, meningkatkan oksigen dalam darah, dan memberikan rasa tenang sehingga membuat diri menjadi lebih rileks dan tenang sehingga membantu mengurangi rasa ketidaknyamanan yang dirasakan, karena dengan cara meregangkan otot-otot akan membuat suasana hati lebih tenang, dan juga lebih santai. |
| 2. | Pengaruh pemberian jus semangka terhadap penurunan tekanan darah lansia | 2016 | Santi dan Zuraida | Implementasi yang telah dilakukan yaitu pemberian buah semangka kepada pasien hipertensi. Mengonsumsi buah semangka dapat membantu orang yang kekurangan potasium dan hidrasi sekaligus mendapatkan manfaat antioksidan. Salah satu zat yang mencegah pelepasan renin dari ginjal adalah kalium. Secara tidak langsung merangsang saraf simpatik dan mencegah retensi garam, potasium membantu menurunkan tekanan darah. Kandungan air semangka membantu meningkatkan kadar cairan tubuh, yang dapat membantu mengurangi pelepasan renin. Karena daging semangka memiliki sedikit gula dan tidak mengandung lemak, maka sehat untuk tubuh. Ginjal bersifat diuretik akibat kombinasi air, potasium, dan antioksidan, yang juga menurunkan tekanan darah. |

| | | | | |
|----|---|------|--------------------|--|
| | | | | Diketahui sebanyak 93,4% daging semangka terdiri dari berbagai vitamin, 0,5% protein, 5,3% karbohidrat, 0,1% lemak, dan 0,2% serat. (A, B, dan C). Citrulline dan arginine, antara lain asam amino, asam asetat, asam malat, asam folat, likopen, karoten, bromin, kalium, sylvite, lisin, fruktosa, dekstrosa, dan sukrosa adalah semua antioksidan yang ditemukan di dalamnya. Sintesis urea di hati dari amonia dan CO ₂ meningkatkan keluaran urin, dan kandungan kalium dapat mendukung fungsi jantung dan mempertahankan tekanan darah normal. Citrulline dan arginine berperan dalam proses ini. |
| 3. | Pengaruh Teknik Relaksasi Pernapasan Diafragma Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Primer. | 2020 | Saputra dan Widodo | Teknik relaksasi pernapasan diafragma merupakan salah satu metode penatalaksanaan non farmakologis. Teknik relaksasi pernapasan diafragma menurut Catela (2019) merupakan teknik sederhana yang dapat digunakan oleh lansia untuk menjaga kestabilan tanda vital termasuk menaikkan Spo ₂ dan menurunkan tekanan darah. Selama lima hari berturut-turut, intervensi relaksasi pernapasan diafragma dilakukan sekali sehari selama 10-15 menit, diikuti dengan istirahat 2 menit. Untuk meningkatkan ventilasi paru-paru dan meningkatkan oksigenasi, teknik ini membutuhkan gerakan perut bagian bawah secara sadar sambil menarik napas dalam secara perlahan dan sengaja. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Saputra dan Galih (2020) tentang efektivitas pernapasan diafragma sebagai teknik relaksasi untuk menurunkan tekanan darah. Berdasarkan langkah-langkah yang telah dilakukan, relaksasi pernapasan diafragma dapat menurunkan tekanan darah karena meningkatkan ventilasi dan oksigenasi paru. Pertumbuhan endotel pembuluh darah yang mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah dapat ditingkatkan dengan memenuhi kebutuhan oksigenasi yang adekuat. Vasodilator nitric oxide (N.O.) yang kuat menyebabkan pembuluh darah membesar, membuatnya lebih elastis dan melebarkan ruang pembuluh darah, yang menurunkan tekanan darah dan mengurangi sakit kepala karena tekanan darah berkurang. |
| 4. | Asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan | 2019 | Ananda Yana W | hasil penelitian Ananda, (2019) menunjukkan dengan tujuan yang sama setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil klien mampu mengontrol nyeri, mampu melakukan tindakan untuk |

| | | | | |
|----|--|------|---------|--|
| | rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi | | | mengurangi nyeri. Dengan intervensi yang pertama mengukur tanda - tanda vital, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik non farmakologi teknik relaksasi nafas dalam, kolaborasi dengan dokter pemberian obat antihipertensi. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam selama 3 hari berturut-turut sebelum dan sesudah diberikan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan selama 2 x 15 menit, evaluasi diperoleh pada hari itu juga didapatkan penurunan skala nyeri pada kedua pasien yaitu dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3. Sedangkan data objektif pasien pertama didapatkan tekanan darah 140/110 mmHg, N:98x/menit, RR:20x/menit, S:36oC. Sedangkan pasien kedua pada penelitian ini tidak menjelaskan data objektifnya, namun penurunan skala nyerinya sama. |
| 5. | Pengaruh konsumsi carica pepaya terhadap tekanan darah | 2020 | Gurnita | Menurut penelitian, makan buah pepaya dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Erma Kasumayanti yang menemukan bahwa pemberian jus pepaya secara terus menerus dapat menurunkan tekanan darah rata-rata 10 mmHg-30 mmHg. Menurut penelitian lain, 250g buah pepaya (Carica Papaya L) dapat menurunkan tekanan darah sebesar 13,7mmHg pada sistolik dan 10,7 mmHg pada diastolik. Pemberian 200 gram buah pepaya matang kepada penderita hipertensi merupakan salah satu alternatif pengobatan nonfarmakologi. Kandungan mineral: Buah pepaya yang matang mengandung 257 mg potasium per 100 g dan hanya 3 mg sodium per 100 g. Rasio kalium dan natrium yang ideal, menurut Kowalski, adalah lima banding satu. Selain itu, pepaya memiliki kadar vitamin C yang signifikan, antioksidan. Karena pepaya adalah sumber vitamin C yang kuat, pepaya membantu mencegah dan mengobati kerusakan sel yang disebabkan oleh radikal bebas. Beta-karoten, vitamin C, dan vitamin E bekerja sama akan memudahkan radikal bebas menjadi lumpuh. |