

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB ini penulis akan membahas tentang landasan teoritis berisi hasil penelusuran literature atau studi kepustakaan mengenai masalah yang dibahas dan konsep teori yang melandasi penyelesaian masalah. Masalah keperawatan utama yang dialami pasien selama masa perawatan adalah gangguan rasa nyaman

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

a. Biodata

Data lengkap dari pasien meliputi: nama lengkap, umur, jenis kelamin, kawin/belum kawin, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan alamat identitas penanggung meliputi: nama lengkap, jenis kelamin, umur, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, hubungan dengan pasien dan alamat.

b. Keluhan utama

Keluhan hipertensi biasanya bermula dari sakit kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan aliran darah ke otak.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Keadaan yang didapatkan pada saat pengkajian misalnya pusing, jantung kadang berdebar-debar, cepat lelah, palpitasi, kelainan pembuluh retina (hipertensi retinopati), vertigo dan muka merah dan epistaksis spontan.

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan:

- a) Hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatis dan

faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti: obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia.

- b) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal, penyebabnya seperti: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vascular, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit hipertensi lebih banyak menyerang wanita dari pada pria dan penyakit ini sangat dipengaruhi oleh faktor keturunan yaitu jika orang tua mempunyai riwayat hipertensi maka anaknya memiliki resiko tinggi menderita penyakit seperti orang tuanya.

a) Riwayat psikososial

Gejala: Riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, faktor stres multiple.

Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinuitas perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, mukategang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara.

b) Riwayat spiritual

Pada riwayat spiritual bila dihubungkan dengan kasus hipertensi belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

c) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum : pasien tampak lemah

(2) Tanda-tanda vital : Suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi juga cepat, tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan diastolic di atas 90 mmHg.

d. Aktivitas sehari-hari

1) Aktivitas

Gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda: frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, thachypnea.

2) Eliminasi

Gejala: gejala ginjal saat ini atau yang lalu (misalnya: infeksi, obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu).

3) Makan dan cairan

Gejala: makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, kolesterol serta makanan dengan kandungan tinggi kalori.

Tanda: berat badan normal atau obesitas. Adanya edem, kongesti vena, distensi vena jugularis, glikosuria.

e. Pemeriksaan diagnostik

- 1) BUN/ kreatinin: Memberikan informasi tentang perfusi /fungsi ginjal.
- 2) Kalsium serum: Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi
- 3) Urinalisa: Darah, protein, glukosa sangat mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
- 4) EKG: Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi.

f. Penatalaksanaan

- 1) Pengobatan non farmakologis dapat berupa penurunan berat badan dan diet rendah garam.
- 2) Pengobatan farmakologis untuk regresi hipertrofi ventrikel kiri pada hipertensi berdasarkan penelitian yang didapatkan ACE inhibitor, beta-blocker, antagonis kalsium dan diuretic mengurangi massaventrikel kiri dan ternyata ACE inhibitor menunjukkan pengobatanyang paling efektif.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons 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 (PPNI, 2017).

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.
- c. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (faktor risiko)
- d. Kecemasan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- e. Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *trtment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kalaborasi (PPNI, 2018).

Tabel 1

Intervensi Keperawatan Diagnosa 1

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Gangguan rasa nyaman Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit 2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan 	Terapi relaksasi Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat penurunan energy ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hypnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas/istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga : edukasi nyeri 6. Edukasi kemotrapi

<ol style="list-style-type: none"> 3. Ketidakaekuatan sumber daya mis (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan) 4. Kurangnya privasi 5. Gangguan stimulus lingkungan 6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) 7. Gangguan adaptasi kehamilan 	<p>pernah efektif digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesedian, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelumnya dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi manajemen stress 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi penyakit 12. Edukasi perawatan kehamilan 13. Edukasi perawatan perineum 14. Edukasi prawatan stoma 15. Edukasi teknik napas 16. Kompres dingin 17. Kompres panas 18. Konseling 19. Latihan berkemih 20. Latihan eliminasi fekal 21. Latihan pernapasan 22. Latihan rehabilitasi 23. Latihan rentang gerak 24. Manajemen efek samping obat 25. Manajemen hipertermia 26. Manajemen hipotermia 27. Manajemen kenyamanan lingkungan 28. Manajemen kesehatan kerja 29. Manajemen keselamatan lingkungan 30. Manajemen mual 31. Manajemen muntah 32. Manajemen nyeri akut 33. Manajemen nyeri kronik 34. Manajemen nyeri persalinan 35. Manajemen stress 36. Manajemen terapi radiasi 37. Manajemen trauma perkosaan 38. Pemantauan nyeri 39. Pemberian obat 40. Pencegahan hipertermi keganasan 41. Penjahitan luka
<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman 	<p>Teraupetik</p>	
<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenaga dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman jika memungkinkan 	
<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh lelah 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain jika sesuai 	
<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan gejala distres 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah 5. Iritabilitas 		
<p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Keganasan 3. Distres psikologis 4. Kehamilan 	<p>Edukasi</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan manfaat batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (mis musik meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresi) 2. Jelaskan 	

	<p>secara rinci intervensi yang dipilih</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan mengambil posisi nyamam 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasika dan latih teknik relaksasi (mis napas dalm peregangan atau imajinasi terbimbing) 	<ol style="list-style-type: none"> 42. Perawatan amputasi 43. Perawatan area insisi 44. Perawatan inkontinensia fekal 45. Perawatan inkontinensia urine 46. Perawatan kehamilan 47. Perawatan kenyamanan 48. Perawatan pasca persalinan 49. Perawatan perineum 50. Perawatan rambut 51. Perawatan seksio sesaria 52. Teknik latihan penggunaan otot dan sendi 53. Terapi pemijatan 54. Terapi relaksasi
--	---	--

(Sumber PPNI, 2018)

Tabel 2.

Intervensi Keperawatan Diagnosa 2

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Gangguan pola tidur Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur <p>Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174) 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, alcohol, 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan meditasi 3. Dukungan perawatan diri BAB/BAK 4. Pototrapi gangguan mood/tidur 5. Latihan otogenik 6. Manajemen demensia 7. Manajemen energy 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen medikasi 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen nyeri 12. Manajemen penggantian hormone 13. Pemberian obat

<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur (tidak tersedia) 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia) 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)
<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p>	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia) 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)
<p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. Hipertirodisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. kondisi pasca operasi 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia) 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)
	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)
	<p>Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan 	<p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)

	<p>menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas) 5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan 	
--	---	--

(Sumber PPNI, 2018)

Tabel 3

Intervensi Keperawatan Diagnosa 3

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak</p>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi diet 2. Edukasi program pengobatan 3. Edukasi prosedur tindakan 4. Konsultasi via telpon

<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial 2. Penurunan kinerja ventikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (mis. anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi (mis. anemia sel sabit) 13. Embolisme 14. Cedera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infektif 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi trombolitik 25. Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass) 	<p>gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (intra cranial pressure) 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor status pernapasan 10. Monitor intake dan output cairan 11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Manajemen alat pacu jantung permanen 6. Manajemen alat pacu jantung sementara 7. Manajemen defibrilasi 8. Manajemen kejang 9. Manajemen kejang 10. Manajemen medikasi 11. Manajemen trombolitik 12. Pemantauan hemodinamik invasif 13. Pemantauan neurologis 14. Pemantauan tanda-tanda vital 15. Pemberian obat 16. Pemberian obat inhalasi 17. Pemberian obat intradermal 18. Pemberian obat intravena 19. Pemberian obat ventrikuler 20. Pencegahan emboli 21. Pencegahan perdarahan 22. Pengontrolan infeksi 23. Perawatan emboli paru 24. Perawatan emboli perifer 25. Perawatan jantung 26. Perawatan jantung akut 27. Perawatan neurovaskuler 28. Perawatan sirkulasi 29. surveilans
<p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera kepala 3. Aterosklerotik aortik 4. Infark miokard akut 5. Diseksi arteri 6. Embolisme 7. Endokarditis infektif 8. Fibrilasi atrium 9. Hiperkolesterolemi 10. Hipertensi 11. Dilatasi 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 	

kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskular diseminata 13. Miksoma atrium 14. Neoplasma otak 15. Segmen ventrikel kiri akinetik 16. Sindrom sick sinus 17. Stenosis karotid 18. Stenosis mitral 19. Hidrosefalus 20. Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)	8. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	
--	--	--

(Sumber PPNI, 2018)

4. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan anggota keluarga. Faktor penghambat adalah kondisi pasien yang sulit untuk dikaji dikarenakan usia pasien sudah tua sehingga penulis dalam melakukan pemeriksaan fisik tidak secara optimal.

5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Untuk mempermudah proses mengevaluasi/memantau perkembangan pasien. Digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

S: data subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari hasil pasien setelah tindakan diberikan.

O: Data objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.

A: Analisa adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P: Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa

B. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep dasar kebutuhan manusia

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang keseluruhannya terdiri dari unsur fisik, psikis, sosial dan spiritual. Manusia sebagai makhluk sistem terdiri dari sistem sosial, individu, adaptif dan interpersonal. Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang secara langsung mempengaruhi kehidupan manusia, sehingga harus segera terpenuhi. Kebutuhan dasar orang yang dikelompokkan kedalam lima kategori terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk suatu piramida. Artinya kebutuhan pada tingkat pertama harus dipenuhi sebelum seseorang naik untuk memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. Kebutuhan tersebut adalah kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan dan kebutuhan aktualitas diri (Wahyuni, 2022).

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow sebagai berikut :

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang bersifat kompulsif dan kebutuhannya harus dipenuhi agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti makanan, pakaian dan tempat tinggal (Wahyuni, 2022).

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan dasar manusia yang kedua adalah kebutuhan akan rasa aman. Kebutuhan ini menjadi kebutuhan dasar syarat pertama yang terpenuhi. Keamanan sangat dibutuhkan dalam kehidupan manusia. Ada banyak pilihan untuk orang memenuhi kebutuhan keamanan mereka dapat dipahami dalam kehidupan bermasyarakat. Kebutuhan ini

bersifat psikologis, seperti perlakuan yang manusiawi dan adil (Wahyuni, 2022).

c. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki

Tingkatan hierarki kebutuhan maslow yang ketiga yaitu kebutuhan cinta dan rasa memiliki (*social needs*). Pemenuhan kebutuhan ini dilakukan ketika kebutuhan rasa aman sudah tercukupi. Aspek kebutuhan ini, seseorang fokus pada dirinya agar memiliki teman, rasa cinta, dan rasa diterima kebahagiaan seseorang apabila disukai dan bisa bersosialisasi dengan baik bersama orang lain (Wahyuni, 2022).

d. Kebutuhan untuk dihargai

Kebutuhan ini berkaitan dengan kebutuhan untuk merasa dihormati, dihargai dan diterima oleh orang lain. Oleh karena itu, kebutuhan untuk dihargai adalah pemberian penghargaan kepercayaan, atas keterampilan yang dimiliki dan diperoleh orang tersebut (Wahyuni, 2022).

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Tingkatan kebutuhan tertinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*) dan akan dipenuhi setelah semua kebutuhan yang lain sudah terpenuhi. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan akan pemenuhan diri pribadi yaitu bakat dan potensi yang dimilikinya dengan memaksimalkan kemampuannya untuk menjadi manusia yang unggul (Wahyuni, 2022)

2. Konsep kebutuhan rasa nyaman

a. Definisi kenyamanan

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).

b. Prinsip kebutuhan rasa nyaman

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

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan sosial
- 3) Pikopiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri, yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsur lainnya.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

Menurut (Sensussina, 2020) berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang, antara lain:

- 1) Emosi: kecemasan, depresi, dan marah
- 2) Status mobilisasi: keterbatasan aktivitas, parasilitas, kelemahan otot, dan kesadaran menurun
- 3) Gangguan persepsi sensori: mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- 4) Keadaan imunitas: gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
- 5) Tingkat kesadaran: pada pasienkoma, responden akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, desiorentasi dan kurang tidur
- 6) Informasi atau komunikasi: gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan
- 7) Gangguan tingkat pengetahuan: kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya

- 8) Penggunaan antibiotic yang tidak rasional: antibiotic dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
- 9) Status gizi : keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu
- 10) Usia: perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
- 11) Jenis kelamin: secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
- 12) Kebudayaan: keyakinan atau nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya

3. Pengertian gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya. 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. 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 (PPNI, 2016).

a. Penyebab gangguan rasa nyaman

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

- 1) Gejala penyakit.
- 2) Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- 3) Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).

- 4) Kurangnya privasi. Gangguan stimulasi lingkungan.
 - 5) Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
 - 6) Gangguan adaptasi kehamilan.
- b. Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyamandapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2017)

1) Gejala dan tanda mayor

Data subjektif:

- a) Mengeluh tidak nyaman

Data objektif:

- a) Gelisah

2) Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Tidak mampu rileks
- 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- 4.) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual
- 6) Mengeluh lelah

Data objektif:

- 1) Menunjukkan gejala disteress
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubub berubah
- 5) Iritabilitas

C. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi hipertensi

Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik \geq 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Batas tekanan darah normal bervariasi sesuai dengan usia (Hastuti, 2019).

Berbagai faktor dapat memicu terjadinya hipertensi, walaupun sebagian besar (90%) penyebab hipertensi tidak diketahui (hipertensi esensial). Penyebab tekanan darah meningkat adalah peningkatan kecepatan denyut jantung, peningkatan resistensi (tahanan) dari pembuluh darah dari tepi dan peningkatan volume aliran darah. Definisi di atas dapat diperoleh kesimpulan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah menjadi naik yaitu tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik \geq mmHg karena gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen atau nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Hastuti, 2019).

2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, Menurut : (Aspiani, 2014).

- b. Usia, pengidap hipertensi yang berusia lebih dari 35 tahun meningkatkan insidensi penyakit arteri dan kematian premature
- c. Jenis kelamin, insidens terjadi hipertensi pada pria pada umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Namun, terjadinya hipertensi pada wanita mulai meningkat pada usia paruh baya, sehingga pada usia di atas 65 tahun insidens pada wanita lebih tinggi.

- d. Genetik, suatu kondisi yang terjadi karena adanya faktor keturunan dari keluarga
- e. Kebiasaan hidup seperti :
 - 1) Mengonsumsi garam, berlebihan (lebih dari 30 gr) dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, dan lansia
 - 2) Obesitas, terkait dengan tingkat insulin yang tinggi dapat mengakibatkan tekanan darah meningkat
 - 3) Stres, karena kondisi emosi yang tidak stabil juga memicu terjadinya tekanan darah tinggi
 - 4) Kebiasaan merokok, dapat meningkatkan resiko diabetes, serangan jantung, dan stroke. Oleh karena itu kebiasaan merokok yang dianjurkan dengan stres yang terus menerus akan memicu penyakit yang berhubungan dengan jantung dan darah
 - 5) Mengonsumsi alkohol yang berlebihan juga dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

3. Patofisiologi

Hipertensi esensial melibatkan interaksi yang sangat rumit antara faktor genetik dan lingkungan yang dihubungkan oleh penjemu mediator neurohormonal. Secara umum hipertensi disebabkan oleh peningkatan tahanan perifer dan atau peningkatan volume darah. Gen yang berpengaruh pada hipertensi primer (faktor herediter diperkirakan meliputi 30% sampai 40 % hipertensi primer) meliputi reseptor angiotensin II, gen angiotensin dan rennin, gen sintetase oksida nitrat endothelial; gen protein reseptor kinase G; gen reseptor adrenergic; gen kalsium transport dan natrium hydrogen antiporer (mempengaruhi sensitivitas garam); dan gen yang berhubungan dengan resistensi insulin, obesitas, hyperlipidemia, dan hipertensi sebagai kelompok bawaan.

Teori terkini mengenai hipertensi primer meliputi peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis (SNS) yaitu terjadi respons maladaptif terhadap stimulasi saraf simpatis dan perubahan gen pada reseptor

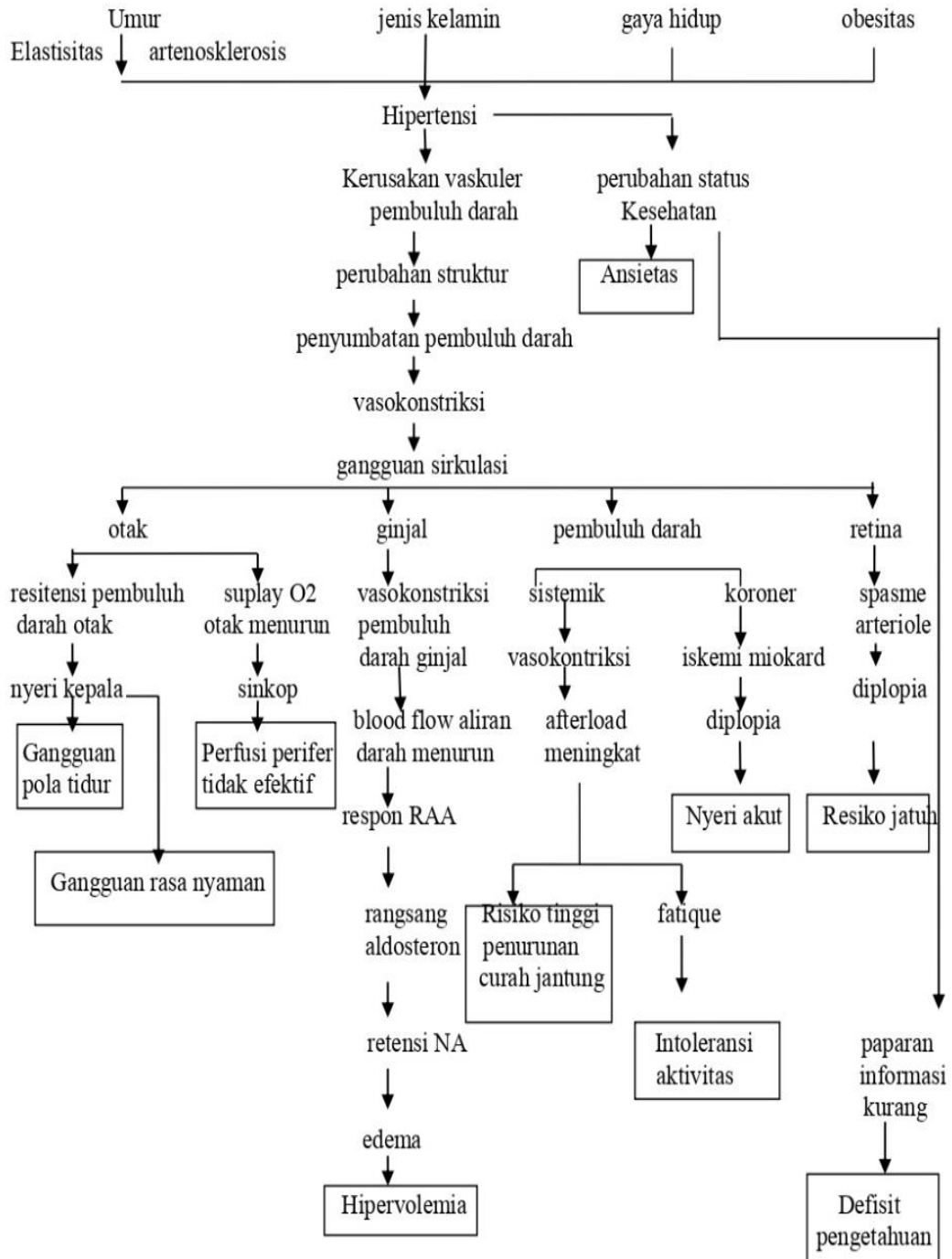
ditambah kadar katekolamin serum yang menetap, peningkatan aktivitas sistem rennin-angiotensin-aldosteron (RAA), secara langsung menyebabkan vasokonstriksi, tetapi juga meningkatkan aktivitas SNS dan menurunkan kadar proglutadin vasodilator dan oksida nitrat, memediasi remodeling arteri (perubahan structural pada dinding pembuluh darah), mediasi kerusakan organ akhir pada jantung (hipertrofi), pembuluh ginjal.

Defek pada transport garam dan air menyebabkan aktivitas peptide natriuretik otak (brain natriuretic peptide, BNP), peptide natriuretik atrial (atrial natriuretic peptide, ANF), adrenomedulin, arodilatin dan endotelin dan berhubungan dengan asupan diet kalsium, magnesium dan kalium yang rendah. Interaksi kompleks yang melibatkan resintesi insulin dan fungsi endotel, hipertensi sering terjadi pada penderita diabetes, dan resintesi insulin ditemukan pada banyak pasien hipertensi yang tidak memiliki diabetes klinis

Beberapa teori tersebut dapat menerangkan mengenai peningkatan tahanan perifer akibat vasokonstriktor (SNS, RAA) atau penguranga vasodilator (ANF, adrenomedulin, arodilatin, oksida nitrat) dan kemungkinan memediasi perubahan dalam apa yang disebut hubungan tekanan natriuresis yang menyatakan bahwa individu penderita hipertensi mengalami ekskresi natrium ginjal yang lebih rendah bila ada peningkatan tekanan darah.

Penatalaksanaan patofisiologi mendukung intervensi yang diterapkan dalam penatalaksanaan hipertensi, seperti pembatasan asupan garam, penurunan berat badan, dan pengontrolan diabetes, penghambat SNS, penghambat RAA, vasodilator nonspesifik, diuretic dan obat-obatan eksperimental baru yang mengatur ANF dan endotelin (Manuntung, 2018).

4. Pathway



(sumber : (WOC) dengan menggunakan standart diagnose keperawatan Indonesia dalam PPNI,2017)

5. Manifestasi klinis

Menurut (Manuntung, 2018) pada sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan, yang bisa saja terjadi baik padapenderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut: sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, dan gelisah.

Tabel 4.

Klasifikasi Hipertensi

No.	Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	< 120	< 80
2.	Normal	120 – 129	80 – 84
3.	Normal Tinggi	130 – 139	85 – 89
4.	Hipertensi Grade 1 (ringan)	140 – 159	90 – 99
5.	Hipertensi Grade 2 (sedang)	160 – 179	100 – 109
6.	hipertensi Grade 3 (berat)	>180	> 110
7.	Hipertensi Grade 4 (sangat berat)	> 190	< 90

Sumber: (Hastuti, 2019)

Klasifikasi hipertensi menurut sebabnya dibagi menjadi dua yaitu skunder dan primer. Hipertensi skunder merupakan jenis yang penyebab spesifiknya dapat diketahui. Klasifikasi hipertensi menurut gejala dibedakan menjadi dua yaitu hipertensi benigna dan hipertensi maligna. Hipertensi benigna adalah keadaan hipertensi yang tidak menimbulkan gejala-gejala, biasanya ditemukan pada saat penderita di cek up. Hipertensi maligna adalah keadaan hipertensi yang membahayakan biasanya disertai dengan keadaan kegawatan yang merupakan akibat komplikasi organ-organ seperti otak, jantung dan ginjal (Hastuti, 2019).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Manuntung, 2018) pemeriksaan penunjang hipertensi sebagai berikut :

- a. Hemoglobin/hematokrit: mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskoaitas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hipokoagulabilitas anemia.
- b. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal
- c. Glukosa: hiperglikemia (diabetes melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
- d. Kalium serum: hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
- e. Kalsium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
- f. Kolesterol dan trigeliserida serum: peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus adanya pembentukan plak aterosklerotik (efek kardiovaskuler)
- g. Pemeriksaan tiroid: hipertiroidisme dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- h. Kadar aldosteron urin dan serum: untuk menguji aldosteronisme primer (penyebab).
- i. Urinalisa: darah, protein dan glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes.
- j. VMA urin (metabolit katekolamin): kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab): VMA urin 24 jam dapat digunakan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.
- k. Asam urat: hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor risiko terjadinya hipertensi.
- l. Steroid urin: kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitari, sindrom Cushing's, kadar renin dapat juga meningkat.

- m. IVP: dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal dan ureter.
- n. Foto dada: dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katub: deposit pada EKG atau takik aorta; pembesaran jantung.
- o. CT scan: mengkaji tumor serebral, CSV, ensefalopati, atau feokromositoma
- p. EKG dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan; luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

7. Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan pada hipertensi menurut Manutung (2018) adalah sebagai berikut:

a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi.

b. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus.

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut.

d. Gagal jantung

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edema.

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan farmakologis yang diterapkan penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Aspiani, 2016).

1) Terapi oksigen

2) Pemantauan hemodinamik

3) Pemantauan jantung

4) Obat – obatan

- a) Diuretik, bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya, juga dapat menurunkan TPR
- b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau enzim dengan mengintervensi influx kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi.
- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (β -blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- e) Vasodilator arteriolar digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya : natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitroglicerol dll
- f) Antagonis reseptor alfa (α -blocker) menghambat reseptor alfa

b. Penanganan secara non-farmakologi sebagai berikut : (Aspiani, 2016)

1) Untuk menurunkan tekanan darah

- a) Menurunkan berat badan apabila terjadi gizi berlebih (obesitas).
 - b) Meningkatkan kegiatan atau aktifitas fisik
 - c) Mengurangi asupan natrium dengan cara diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari).
 - d) Mengonsumsi konsumsi kafein dan alkohol karena konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah.
 - e) Penurunan stres dapat menciptakan suasana yang menyenangkan bagi penderita hipertensi.
- 2) Mengatasi nyeri (manajemen nyeri)
- a) Teknik distraksi yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri seperti melakukan hal yang sangat disukai, bernafas lembut dan berirama secara teratur.
 - b) Terapi massage (pijat), pada prinsipnya pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan. Hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbuka dan aliran energi tidak lagi terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka resiko hipertensi dapat ditekan.
 - c) Teknik *slow stroke back massage* untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.
 - d) Terapi musik, adalah proses interpersonal untuk digunakan untuk mempengaruhi keadaan fisik, mental, emosional, dan membangun rasa percaya diri.
 - e) Ternal terapi/kompres hangat, dengan memanasi atau mengompres di daerah tertentu yang mengalami nyeri, sehingga otot yang telah akan membuka pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran oksigen dan menghilangkan iritasi kimia yang terjadi.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 5

Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No.	Judul	Tahun	Penulis	Metode	Hasil
1.	Asuhan keperawatan pasienhipertensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman	2019	1.Yana 2.Wahyu Ananda	Metode Deskripif	Hasil pengkajian Ny. N di dapatkan hasil yaitu subjektif pasien yaitu pasien mengatakan pusing berputar, nyeri kepala, jantung berdebar dan lemas. P: pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas. Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk. R: nyeri daerah kepala dan melebar ke tengkuk leher. S: Skala 6. T : hilang timbul. Pasien tampak menahan nyeri, Tekanan darah 170/100mmHg, nadi: 99x/menit, RR: 24x/menit, S: 37,5 C, pasien tampak memegang kepala, di dapatkan diagnosa nyeri akut. Setelah melakukan pengkajian (observasi) dan penegakan diagnosa keperawatan intervensi yang dapat disusun untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan pada Ny. N dengan nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri berkurang dengan pain management meliputi kaji nyeri komprehensif, memonitor tanda-tanda vital, keadaan umum dan tingkat nyeri, berikan lingkungan yang aman, ajarkan teknik non farmakologi (terapi relaksasi nafas dalam), kolaborasi dalam pemberian antihipertensi. Intervensi keperawatan dengan menggunakan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 hari berturut-turut. Intervensi ini dilakukan mulai hari pertama sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam

					selama 3 hari maka didapatkan evaluasi hasil skala nyeri pada pasien mengalami penurunan dari skala 6 menjadi skala 4
2.	Efektifitas teknik relaksasi nafas dalam (<i>deep breathing</i>) dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Cibatu Kabupaten Garut	2019	Bahrudin Lutfi S	Metode penelitian kuantitatif	<p>Tekanan darah sistolik pasien hipertensi sebelum diberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam (<i>deep breathing</i>) memiliki nilai rata-rata 174,41 sedangkan tekanan darah diastolic pasien hipertensi sebelum diberikan intervensi teknik nafas dalam (<i>deep breathing</i>) memiliki nilai rata-rata 103,82.</p> <p>Tekanan darah sistolik pasien hipertensi sesudah diberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam (<i>deep breathing</i>) memiliki nilai rata-rata 154,71 sedangkan tekanan darah diastolic pasien hipertensi sesudah diberikan intervensi teknik nafas dalam (<i>deep breathing</i>) memiliki nilai rata-rata 89,41.</p> <p>Dapat diambil kesimpulan bahwa teknik relaksasi nafas dalam (<i>deep breathing</i>) efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskesmas Cibatu Kabupaten Garut.</p>
3.	Penerapan kompres hangat dan tarik nafas dalam mengatasi nyeri akut pasien hipertensi	2022	1. Wahyu Utami Maulidda 2. Suci Khasanah	Menggunakan pendekatan studi kasus	Proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien didapatkan masalah prioritas nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis peningkatan tekanan vaskuler serebral. Tindakan asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai dari pengkajian, analisa data, penentuan diagnose, membuat rencana intervensi, implementasi hingga melakukan proses evaluasi. Peneliti menggunakan terapi non-farmakologis kompres hangat dan terapi nafas dalam. Tindakan tersebut menunjukkan adanya perubahan skala nyeri dari

					skala 5 menjadi skala 3. Tindakan kompres hangat dan terapi nafas dalam dapat diteruskan hingga skala nyeri hipertensi tidak lagi dirasakan
4.	pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap skala nyeri kepala pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas sawah lebar Kota Bengkulu	2019	Fernalia	Preksperimend engan pendekatan one-group Pretest-posttest design	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 41 responden didapatkan nilai rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan relaksasi nafas dalam 4,37 untuk nyeri sedang 41 dan standar deviasi 0,581. Sedangkan nilai rata-rata tingkat nyeri setelah diberikan relaksasi nafas dalam 3,02 untuk nyeri ringan (36), nyeri sedang (5) dan standar deviasi 0,570. Dari hasil uji statistik didapatkan $p=0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Jadi kedua variabel memiliki skalanyeri kepala yang berbeda atau dengan kata lain terjadi penurunan skala nyeri kepala setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam.
5.	Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	2019	1. Murtiono 2. I gusti KetutGede Ngurah	Deskriptif studi kasus	Pada pengkajian diperoleh hasil dari kedua kasus yaitu Ny. M dan Tn.M mengalami gangguan rasa nyaman Nyeri. Ny. M mengeluh nyeri dibagian belakang kepala sejak 2 hari yang lalu, Nyeri ketika beraktivitas, Skala nyeri 5 (Sedang) dan pasien tampak meringis kesakitan. Sedangkan Tn. M mengeluh kepala pusing dan sakit, dan leher terasa tegang, pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 5, kondisi badan lemah. Gejala pada kedua kasus sama yaitu pasien mengalami nyeri kepala pada leher dan belakang kepala, skala nyeri 5, pasien tampak meringis kesakitan. Ny M mengatakan baru pertama kali merasakan nyeri seperti yang dirasakan sekarang sedangkan Tn.M Pasien pernah dirawat dirumah sakit selama 4 hari

					<p>dengan kasus yang sama. Berdasarkan pengkajian diatas masalah yang muncul pada kedua pasien tersebut didapatkan masalah kepetawatan nyeri akut. Rencana tindakan yang dilakukan meliputi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik non farmakologi seperti relaksasi, terapi music, masase pada daerah nyeri, kompres hangat, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik. Intervensi keperawatan terdiri dari pain level dan pain control yang bertujuan untuk menurunkan skala nyeri pasien, dari skala 5 menjadi skala 1. Tindakan ini dilakukan selama 5 hari dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang diketahui mampu mempertahankan keelastisan otot sehingga menurunkan tekanan darah. Implementasi keperawatan dilakukan tidak hanya menggunakan teknik non farmakologi, tetapi dengan menggabungkan tindakan kolaboratif dan pemberian health education pada pasien. Tindakan tersebut dilakukan selama 30 menit, hingga terdapat perubahan nyeri pada pasien.</p>
--	--	--	--	--	--