

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan praktik keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung yang diberikan kepada klien, keluarga, dan masyarakat dengan menggunakan pendekatan ilmiah berdasarkan kode etik dan standar praktek keperawatan (Kebede et al., 2017).

1. Konsep asuhan keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Azijah, 2022). Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan yang tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh terhadap rencana keperawatan (Tarwato dan Wartonah 2015).

Hal hal yang perlu dikaji :

- 1) Pengkajian pada pasien hipertensi dengan kebutuhan gangguan aman nyaman.
- 2) Identitas pasien meliputi Nama, usia/tanggal lahir, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, no Rm, alamat, agama, suku bangsa, bahasa yang digunakan.
- 3) Keluhan utama Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang.
- 4) Riwayat penyakit sekarang Saat melakukan pengkajian pada pasien hipertensi biasanya mengeluh kepala sakit dan terasa berat, penglihatan berkunang-kunang, rasa pegal dan tidak nyaman di tengkuk, jantung berdebar dan telinga berdenging. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan cara PQRST P (Pemacu) nyeri akibat hipertensi, Q (Quality) nyeri digambarkan seperti di tusuk dan ditekan tekan, R (region) nyeri dikepala, S (Skala) skala nyeri : 1-

10, T(Time) kurang lebih 10-15 menit, nyeri bertambah hebat jika pasien kurang beristirahat.

5) Riwayat penyakit dahulu

Pasien dengan hipertensi adalah penyakit yang sudah lama di alami oleh pasien dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin seperti captopril dan amlodipine.

6) Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya hipertensi adalah penyakit keturunan

7) Pengkajian fisik(inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

8) Data fisiologis – psikologis – perilaku – relasional – lingkungan (meliputi nutrisi & cairan eliminasi, aktivitas istirahat, neurosensori, nyeri dan pemeriksaan penunjang)

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya, baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI DPP PPNI 2016).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul :

1) Defisit pengetahuan

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab : Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif : Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : -

Objektif :Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi,histeria)

Kondisi klinis terkait

- a. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
- b. Penyakit akut/
- c. Penyakit kronis

2) Gangguan pola tidur

Definisi: gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab: Hambatan lingkungan (misalnya kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan jadwal pemantauan pemeriksaan tindakan.

Gejala dan tanda mayor:

- a. subjektif: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

- b. Objektif : -

Gejala dan tanda minor :

- a. Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
- b. Objektif

Kondisi klinis terkait

- a. Nyeri/ kolik
- b. Hipertiroidisme
- c. Kecemasan
- d. Penyakit paru obstruktif kronis
- e. Kehamilan
- f. Periode pasca partum
- g. Kondisi pasca operasi

3) Gangguan rasa nyaman

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

Tanda dan gejala

Subjektif

- a) Mengeluh tidak nyaman

- b) Mengeluh sulit tidur
 - c) Tidak mampu rileks
 - d) Mengeluh kedinginan/kepanasan
 - e) Merasa gatal
 - f) Mengeluh mual
 - g) Mengeluh lelah
- Objektif
- a) Gelisah
 - b) Menunjukkan gejala distress
 - c) Tampak merintih/menangis
 - d) Pola eliminasi berubah
 - e) Postur tubuh berubah
 - f) Iritabilitas

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau *outcome* (PPNI 2018).

Adapun yang sesuai dengan penyakit hipertensi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3
Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
1	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 45 menit diharapkan defisit pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan pasien meningkat 2. Prilaku sesuai anjuran meningkat 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan prilaku hidup bersih dan sehat 2. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

No	Diagnosis	Tujuan	Intervensi
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45 menit diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Pasien mampu tidur 7 -8 jam 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola istirahat dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, dan minum banyak air putih sebelum tidur). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (kebisingan) 2. Membatasi waktutidur siang jika perlu 3. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Menetapkan jadwal sebelum tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
3	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	<p>Setelah dilakukan kunjungan selama 3 kali diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan Kesejahteraan fisik meningkat b. Dukungan sosial dari keluarga meningkat c. Keluhan tidak nyaman menurun d. Gelisah menuru e. Kebisingan menurun 	<p>Edukasi Teknik Napas</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Tindakan Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidkan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Tindakan Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas b. Jelaskan prosedur teknik napas c. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (duduk, baring) d. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh e. Ajarkan melakukan inspirasi denganmenghirup udara melalui hidung secara perlahan

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Siregar, 2020).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik (Husniah, H. 2020).

B. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, cinta dan rasa memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Walaupun sebenarnya manusia itu memiliki kebutuhan yang sifatnya beranekaragam (Heterogen), tetapi setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan dasar merupakan kebutuhan yang secara langsung mempengaruhi kehidupan dan kematian manusia itu sendiri, oleh sebab itu harus segera dipenuhi. Kebutuhan dasar yang dikelompokkan menjadi lima kategori itu 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 merupakan kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan, dan kebutuhan aktualisasi diri (Asaf, A. S. 2019).

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow sebagai berikut :

1. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia dalam hirarki Maslow. Seperti kebutuhan oksigen, cairan makanan, eliminasi, istirahat, aktivitas, kesehatan temperature tubuh, dan seksual.

2. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki yang terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, seperti keinginan untuk berteman, keinginan mempunyai pasangan dan anak, kebutuhan akan menjadi bagian dari sebuah keluarga, sebuah perkumpulan, dan lingkungan masyarakat.

3. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis, seperti kebutuhan perlindungan diri dari udara panas, dingin, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan

4. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan ini seperti perasaan tidak bergantung pada orang lain kompeten penghargaan terhadap diri kita sendiri ataupun orang lain.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri seperti dapat mengenal diri sendiri dengan baik, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi.

C. Konsep penyakit

a. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dengan angka sistolik dan diastolik menunjukkan angka lebih tinggi dari 140/90mmHg dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah yang meningkat dan berkepanjangan dapat merusak pembuluh darah di organ target seperti ginjal, jantung, otak dan mata (Asward, 2022)

b. Klasifikasi

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

1. Hipertensi Esensial (Primer)

Tipe ini lebih jarang terjadi, pada sebagian besar kasus tekanan tinggi, sekitar 95%. Penyebab nya tidak diketahui dengan jelas, walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor pola hidup seperti kurang bergerak dan pola makan (Nixson manurung, 2018).

2. Hipertensi sekunder

Tipe ini lebih jarang terjadi, hanya sekitar 5% dari seluruh kasus tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi tipe ini disebabkan oleh kondisi medis lain misalnya (penyakit ginjal) atau reaksi terhadap obat-obatan.

c. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu :

1. Hipertensi primer ensiesal

Hipertensi esensial/ hipertensi primer penyebab dari hipertensi ini belum diketahui, namun faktor resikonya adalah:

- a) keluarga dengan riwayat hipertensi
- b) pemasukan sodium berlebihan
- c) kosumsi kalori berlebihan
- d) kurangnya aktivitas fisik
- e) pemasukan alkohol berlebihan
- f) obesitas

2. Hipertensi sukunder

Penyebab yaitu:

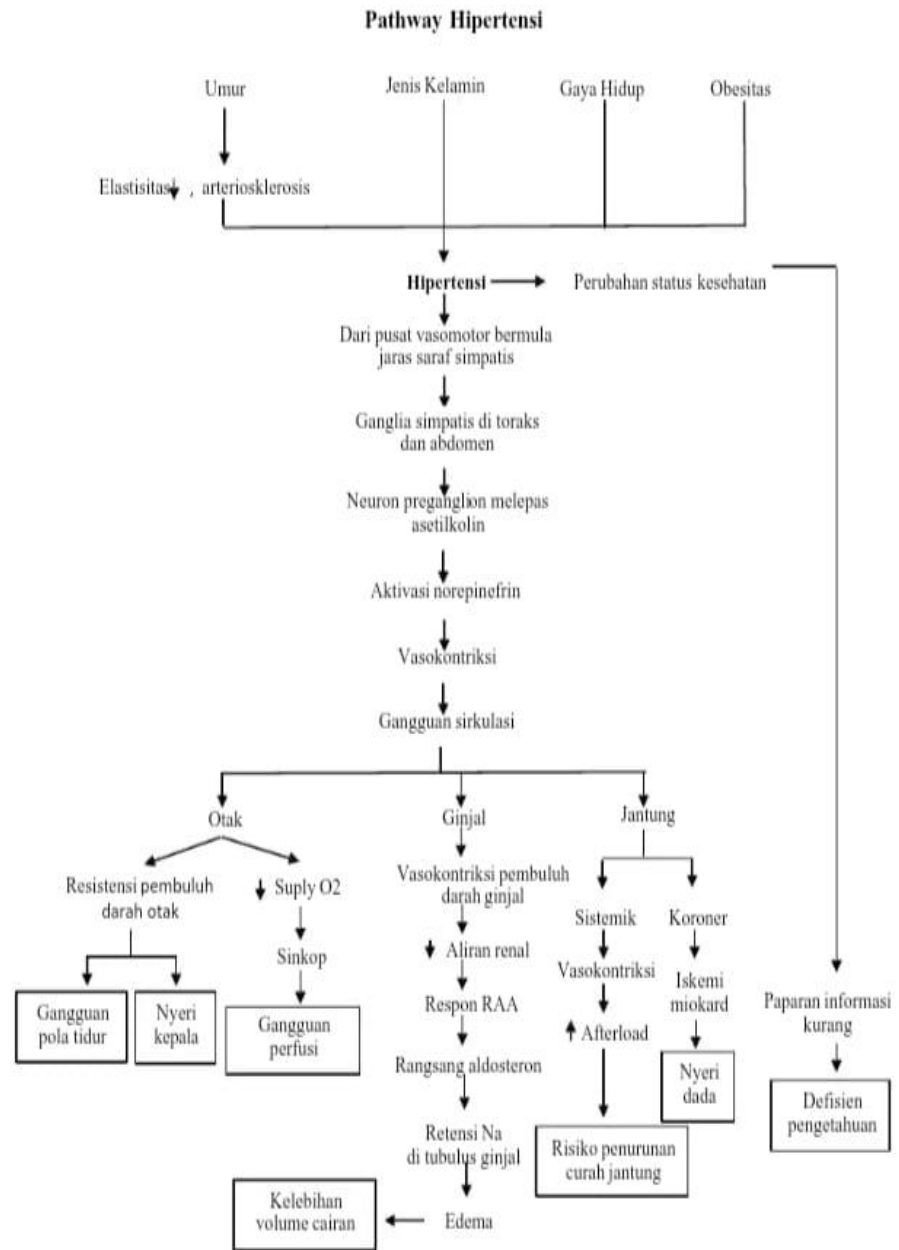
- a) penggunaan estrogen
- b) penyakit ginjal
- c) sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

g. Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh

memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos (Nuraini, 2015). 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 pathway hipertensi



Sumber : Brunner dan Suddarth

h. Manifestasi klinis

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:

1. Tidak ada gejala

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

2. 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 selalau memantau tekanan darahnya. minimal setahun sekali. apalagi bagi mereka yang mempunyai faktor faktor pencetus Hipertensi seperti kelainan berat badan.

i. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

- a) Hemoglobin/Hematokrit : untuk mengkaji hubungan dari sel sel terdapat volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokooagulabilitas, anemia.
- b) Nitrogen urea darah/kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glucosa :hiperlikemi (Hipertensi adalah pencetus Hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluran kadar ketokolamin.

- c) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan tanda Hipertensi.
- 2. CTS-can : mengkaji adanya tumor cerebral, ensefalopati.
- 3. Elektrokardiogram : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
- 4. Mengidentifikasi penyebab Hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.
- 5. Foto dada : menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katub pembesaran jantung.

j. Penataksanaan

Inti dari penatalaksanaan hipertensi antara lain pencegahan pada sasaran individu yang memiliki tekanan darah tinggi, riwayat keluarga hipertensi, dan satu atau lebih 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 keberadaan penyakit kardiovaskular klinis atau faktor resiko lain, modifikasi gaya hidup meliputi penurunan berat badan, (satu satunya metode pencegahanyang paling efektif program harus dibuat oer individu), olahraga (latihan aerobic 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 faktor, resiko kardiovaskular lain yang bermakna, tetap merekomendasikan deuretika atau penyekat sebagai obat di garis pertama untuk hipertensi tanpa komplikasi. Kondisi lain yang menyertai indikasi pilihan obat antralin 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.

k. Komplikasi

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

1. 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 diperdarahinya berkurang. arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemas sehingga meingkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.
2. 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 membrane glomerulus protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmitik koloid plasma berkurang. menyebabkan odema yang sering dijumpai pada Hipertensi kronik.
3. 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.

Cairan didalam paru paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau seringdikatakan edema.

D. Definisi Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman

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

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, 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 seseorang kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor serta mengeluh mual (PPNI 2016).

1. Jenis gangguan rasa nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah & Mulyaningrum, 2013) gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan sosial, dan kenyamanan lingkungan

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu lebih dari enam bulan

2. Penyebab gangguan rasa nyaman

Dalam buku standar diagnosis keperawatan indonesia (PPNI 2016) penyebab gangguan rasa nyaman adalah:

a. Gejala penyakit

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

3. Pengkajian kebutuhan rasa nyaman

Pengkajian pada masalah nyeri (gangguan rasa nyaman) yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan PQRST.

P (Pemicu) nyeri akibat hipertensi

Q(Quality): nyeri digambarkan seperti di tusuk dan dan

R (region), nyeri dikepala

S (Skala) skala nyeri 1-10

T(Time) kurang lebih 10-15 menit, nyeri bertambah hebat jika pasien kurang beristirahat (muttaqin, 2012).

4. Faktor yang memengaruhi nyeri

a. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena itu kita menerima dan menginterpretasikan nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat mempengaruhi pengalaman kita akan nyeri. Walaupun beberapa ahli setuju mengenai efek spesifik dari faktor faktor ini dalam mempengaruhi persepsi nyeri yaitu kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera (Black & Hawks, 2014).

b. Faktor sosio budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri. Peneliti menemukan bahwa penilaian perawat mengenai nyeri yang dialami klien dipengaruhi oleh kepercayaan dan budaya mereka sendiri (Black & Hawks, 2014).

c. Usia

Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa (Black & Hawks, 2014) d Jenis Kelamin

d. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor dalam respon nyeri, anak laki-laki jarang melaporkan nyeri dibandingkan anak perempuan. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, laki-laki jarang (Black & Hawks, 2014).

E. Publikasi terkait asuhan keperawatan

1. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Anisa Khairunissa (2019)

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Anisa Khairunissa (2019) dengan judul asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman. Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode pendekatan kasus studi kasus. Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara dan rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan dua pasien yang mengalami hipertensi dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman. Asuhan pada dua pasien ini dilakukan pada tanggal 06-09 Januari 2019 pukul 09.30 . Subjek bernama Ny. M dan Tn. N berjenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan usia 85 tahun dan 75 tahun.

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 diagnose keperawatan yang diangkat oleh penulis yaitu nyeri akut, resiko perfusi perifer tidak efektif dan defisit pengetahuan. Salah satu intervensi yang akan dilakukan oleh penulis yaitu teknik relaksasi napas dalam, dan juga pendidikan kesehatan mengenai penyakit hipertensi.

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Penulis mengajarkan teknik relaksasi napas dalam kepada 2 pasien setiap hari selama 3 hari berturut-turut, selain itu juga penulis memberikan pendidikan kesehatan pada kedua pasien terkait dengan masalah kesehatan hipertensi. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami oleh kedua pasien yaitu masalah teratasi sebagian. Diagnosis yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan yang sudah teratasi yaitu defisit pengetahuan.

2. Asuhan keperawatan yang dilakukan Azzar Ratur Rahma M.H dengan Gangguan pemenuhan kebutuhan Rasa nyaman pada pasien hipertensi di rumah sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022. Pengkajian dilakukan pada 1 pasien yaitu Ny. H tanggal 15 – 17 juli 2022. Berjenis kelamin perempuan dengan usia 66 tahun. Hasil pengkajian yang didapatkan pasien mengeluh sulit tidur dan lemas. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2022 dan merupakan hari pertama Ny. H dirawat dengan diagnosis hipertensi. Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus ditemukan pada pasien dengan hipertensi adalah keluhan pasien masuk rumah sakit karena pusing. Gejala klinis khas yang biasa ditemukan pada penderita hipertensi adalah nyeri di daerah tengkuk dan

nyeri kepala (Doengoes, 2012). Pada kasus Ny. H ditemukan data keluhan pasien datang kerumah sakit karena sesak nafas 1 hari yang lalu, nyeri kepala. mengeluh sulit tidur dan lemas.

Data ini sudah menunjukkan adanya gejala dari hipertensi. Pada studi kasus pasien Ny. H menderita hipertensi yang ditandai dengan tekanan darah pada pasien dalam 3 hari berturut-turut adalah 180/100 mmHg, 160/80 mmHg, dan 130/80 mmHg, pasien mengalami gangguan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan pasien mengalami nyeri pada bagian belakang kepala, pasien mengalami kesulitan tidur yang diakibatkan karena nyeri kepala bagian belakang dan pasien juga tampak lemas.

Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Berdasarkan intervensi pilihan bersumber dari jurnal pengaruh terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung) terhadap tekanan darah dan nyeri (Ni kadek, 2019). Dan juga pengaruh posisi semi fowler terhadap kualitas nyeri dan tidur pasien. Efektifitas terapi pijat lembut pada punggung terhadap tekanan darah (Kusumoningtyas, 2018). Diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan darah) implementasi yang dilakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor pencetus, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik slow stroke back massge untuk mengurangi nyeri pasien, menjelaskan penyebab pemicu nyeri dan kolaborasi pemberian obat amlodipine 10 mg untuk menurunkan tekanan darah pasien.

Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

3. Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh Nur Hidayah tahun 2020, penatalaksanaan non farmakologis yaitu teknik relaksasi pernapasan diafragma. Teknik relaksasi pernapasan diafragma merupakan salah satu teknik yang mudah digunakan pada lansia untuk menjaga tanda-tanda vital stabil seperti meningkatkan Spo2 dan menurunkan tekanan darah. Intervensi relaksasi pernapasan diafragma diberikan satu kali sehari selama lima hari secara berturut-turut, dilakukan selama 10-15 menit, ulangi selama 1 menit diikuti istirahat 2 menit (Saputra, 2020). Teknik ini digunakan secara pelan dan sadar dengan bernapas secara dalam yang melibatkan gerakan sadar perut bagian bawah sehingga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputra dan Galih (2020) terhadap penurunan tekanan darah dengan teknik relaksasi pernapasan diafragma.