

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan (Tarwoto, 2015). Adapun data yang diperlukan bagi pasien hipertensi yaitu sebagai berikut:

a. Identitas klien

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

b. Keluhan utama

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

c. Data riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan saat pengkajian, yang diuraikan dari mulai masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Yang dikeluhkan biasanya pasien tampak memegang bagian 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 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 koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

5) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi

Peningkatan tekanan vaskular serebral dan iskemia akan menurunkan nafsu makan, karena adanya nyeri yang dirasakan.

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 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

Pada pasien hipertensi biasanya mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas, kelemahan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat meningkatkan resiko kebutuhan energi menurun.

e) Pola kognisi-perceptual

Pada pola ini ditanyakan keadaan mental, sukar bercinta, berorientasi kacau mental, menyerang, tidak ada respon, cara bicara normal atau tidak, bicara berputar-putar atau juga afasia, kemampuan komunikasi, kemampuan mengerti, penglihatan, adanya persepsi sensori (nyeri), penciuman, dan lain-lain.

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. Pada pasien hipertensi, biasanya pasien mengalami kecemasan dikarenakan nyeri, mual, dan muntah.

h) Pola hubungan dan peran

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga dan gangguan terhadap peran yang dilakukan. Pada pasien hipertensi, biasanya tegang, gelisah, cemas, mudah tersinggung, namun bila bisa menyesuaikan tidak akan menjadi masalah dalam hubungannya dengan anggota keluarga.

i) Pola nilai dan keyakinan

Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain-lain. Pada pasien hipertensi, tergantung pada kebiasaan, ajaran, dan aturan dari agama yang dianutnya.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (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

- 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

b. Gangguan pola tidur

1) Definisi

Gangguan pola tidur adalah kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2) Tanda dan gejala

Subjektif

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Mengeluh sering terjaga
- c) Mengeluh tidak puas tidur
- d) Mengeluh pola tidur berubah
- e) Mengeluh istirahat tidak cukup
- f) Mengeluh kemampuan beraktivitas 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

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- c) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- d) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

3. Intervensi keperawatan

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 observasi, terpeutik, edukasi, kolaborasi (SIKI 2018) Menurut buku Standar Intervensi Keperawatan dari diagnosa yang akan muncul pada pasien hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 1
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tahun 2018

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

		<p>dalam, relaksasi otot progresi)</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing) 	
2.	<p>Gangguan pola tidur Tujuan : Setelah dilakukan kunjungan selama 3 kali diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga c. menurun d. Keluhan tidak puas tidur menurun e. Keluhan pola tidur berubah menurun f. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pola istirahat dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, dan minum banyak air putih sebelum tidur). d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Tindakan Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur d. Tetapkan jadwal tidur rutin e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi 	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Tindakan Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik b. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu c. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan d. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan e. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani <p>Tindakan Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani b. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan c. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan d. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke

		<p>akupresur)</p> <p>f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p>Tindakan Edukasi</p> <p>a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur</p> <p>e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>f. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	<p>pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu</p>
3.	<p>Defisit pengetahuan</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan selama 3 kali diharapkan defisit pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pengetahuan pasien meningkat</p> <p>b. Prilaku sesuai anjuran meningkat</p>	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>b. Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Tindakan Terapeutik</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Tindakan Edukasi</p>	<p>Edukasi aktivitas/istirahat</p> <p>Tindakan Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Tindakan Terapeutik</p> <p>a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</p> <p>b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>Tindakan Edukasi</p> <p>a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik / olahraga secara rutin</p> <p>b. Anjurkan terlibat dalam kelompok, aktivitas bermain</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<ul style="list-style-type: none"> atau aktivitas lainnya c. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat d. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak napas saat aktivitas) e. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
--	--	--	--

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

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus 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).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Tarwoto, 2015)

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

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 social, kebutuhan pengakuan, dan kebutuhan aktualisasi diri (Haswita, dan Reni Sulistiyowati 2017). Kebutuhan dasar manusia dikelompokkan menjadi lima sebagai berikut :

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. Kebutuhan akan harga diri

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

e. Kebutuhan aktualisasi diri

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

2. Konsep gangguan 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 disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang 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 social. Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Gangguan rasa nyaman nyeri dapat dialami dari usia anak-anak, remaja, dewasa sampai lansia. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. 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. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

Menurut (PPNI 2015) rasa nyaman 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). Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

1. Fisik berhubungan dengan sensasi tubuh
2. Sosial berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan sosial.
3. Psikospiritual

Berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seseorang yang meliputi, harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.

4. Lingkungan.

Berhubungan dengan latar belakang pengalaman internal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan.

c. 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 relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. (PPNI, 2016).

d. 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.

e. Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman

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

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh tidak nyaman

Objektif : Gelisah

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- Mengeluh sulit tidur
- Tidak mampu rileks
- Mengeluh kedinginan /kepanasan
- Merasa gatal
- Mengeluh mual
- Mengeluh lelah

Objektif :

- d. Menunjukkan gejala distress
- e. Tampak merintih/menangis
- f. Pola eliminasi berubah
- g. Postur tubuh berubah
- h. Iritabilitas

Kondisi klinis terkait :

- i. Penyakit kronis dan keganasan
- j. Distres psikologis, Kehamilan

(SDKI PPNI, 2016)

3. Faktor faktor yang mempengaruhi rasa nyaman

1) Usia

Menurut (Haswita & Reni, 2017) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa.

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.

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 esensial

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

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

2. Hipertensi sekunder

Penyebab yaitu:

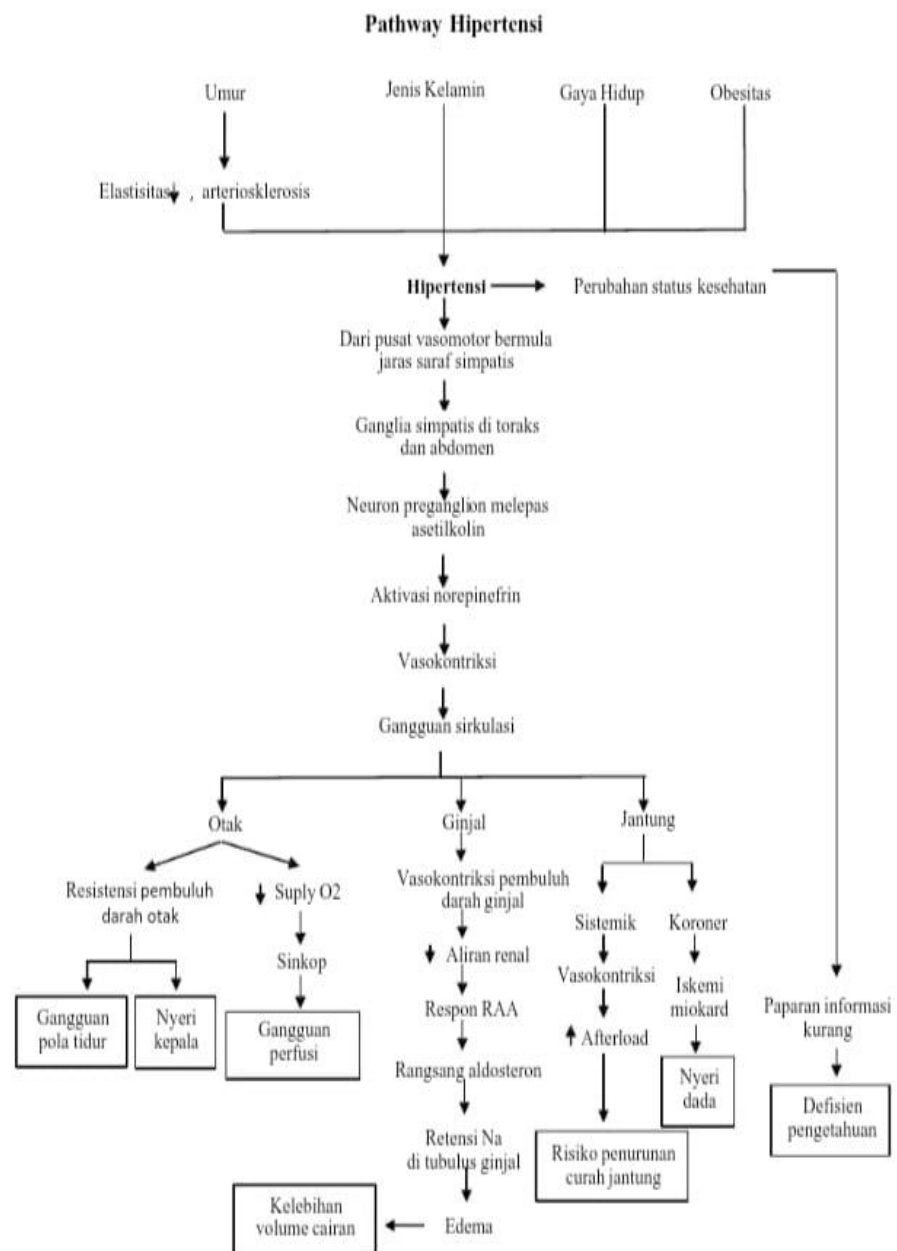
- a) penggunaan estrogen
- b) penyakit ginjal
- c) sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

d. 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

e. 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.

f. 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 disfusi ginjal da nada Hipertensi.
- 2. CTS-can : mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.
- 3. Elektrokardiogram : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang padahal 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.

g. 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 alcohol 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 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 alcohol, (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, tetap merekomendasikan deuretika atau penyekat sebagai obat di garis pertama untuk hipertensi tanpa komplikasi. Kondisi lain yang menyertai indikasi pilihan obat antralain 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.

h. 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. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Khairunissa di Rumah Sakit Abdul Wahab Samarinda (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 memilki tekanan darah 160/100mmHg, rr:19x/m, N: 84x/m, S: 36°c. kedua pasien memilki riwayat penyakir hipertensi pada keluarga nya. 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 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 susun. 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. Diagnosa yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan yang sudah teratasi yaitu defisit pengetahuan.

Asuhan keperawatan yang dilakukan Rahma 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 diagnosa hipertensi. Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus di temukan pada pasien dengan hipertensi adalah keluhan pasien masuk rumah sakit karena pusing. Gejala klinis khas yang biasa di temukan 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 diakibatkankan karena nyeri kepala bagian belakang dan pasien juga tampak lemas. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyait. Berdasarkan intervensi pilihan bersumber dari jurnal pengaruh terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung) terhadap tekanan darah dan nyeri. Pengaruh posisi semi fowler terhadap kualitas nyeri dan tidur pasien. Efektifitas terapi pijat lembut pada punggung terhadap tekanan darah (Kusumoningtyas, 2018).

Diagnosa 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 massage 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.

Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh Hidayah di Rumah Sakit Balangan 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 Oksigen 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.