

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 minuman yang panas, bumbu penyedap terlalu banyak, perubahan pola kesehatan berlebihan, penggunaan obat-obatan, alkohol, dan rokok.

4). Riwayat psikososial dan spiritual

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

5). Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi

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. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

Menurut buku standar Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI, 2017). Diagnosa yang mungkin muncul antara lain:

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 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 menurunObjektif
-
- c. Defisit Pengetahuan
- 1) Definisi
Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.
 - 2) Tanda dan gejala
Subjektif
 - a) Menanyakan masalah yang dihadapiObjektif
 - 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 keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit hipertensi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Intervensi keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Aromaterapi, dan nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam)

			4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : <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 tekanan darahur 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) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam 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

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI, DPP 2017).

4. 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).

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 2017) 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, berkeluh 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, 2017).

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 :

- a. Menunjukkan gejala distress
- b. Tampak merintih/menangis
- c. Pola eliminasi berubah
- d. Postur tubuh berubah
- e. Iritabilitas

Kondisi klinis terkait :

- f. Penyakit kronis dan keganasan
 - g. Distres psikologis, Kehamilan
- (SDKI PPNI, 2017)

Menurut (Adrian,2019) bahwa pada pasien hipertensi keluhan yang sering muncul yaitu nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

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. Menurut (Aspiani,2016)

salah satu penyebab penyakit dari hipertensi yaitu berdasarkan kebiasaan hidup seperti konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g),kegemukan atau (efedrin,makan berlebih, stres dan merokok, minum alkohol, minum obat-obatan prednisone, efineprin).

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 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

secara klinis hipertensi diklasifikasikan menjadi 4 kategori dimana ada grade 1 sampai 4 dimulai dari ringan sampai ke sangat berat atau disebut grade 4 (nurarif,2015).

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

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

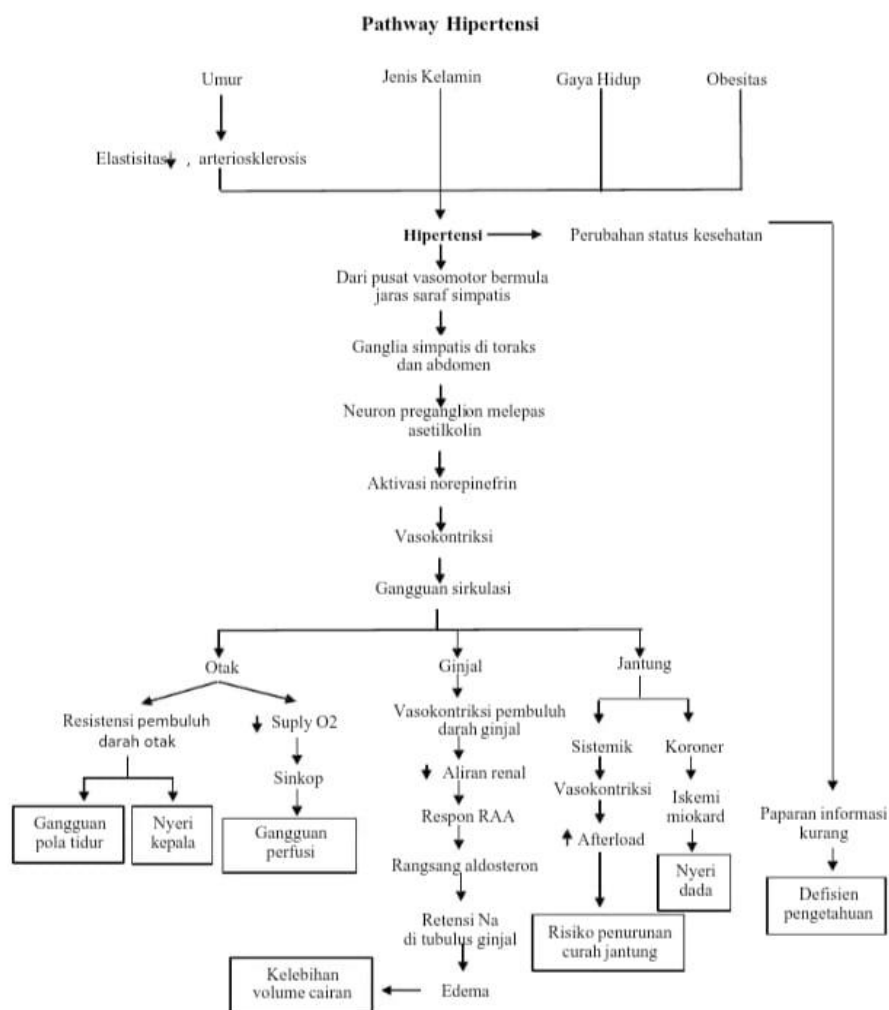
2. Hipertensi sekunder

Penyebab yaitu:

- a). penggunaan estrogen
- b). penyakit ginjal

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 (Bianti 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.



Sumber : Brunner dan Suddarth

e. Manifestasi klinis

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan. yang bisa saja terjadi baik pada penderita Hipertensi.

Manifestasi klinis hipertensi secara umum dibedakan menjadi:

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. Di lain pihak orang yang masih muda dan sehat harus selalu memantau tekanan darahnya. Minimal setahun sekali. Apalagi bagi mereka yang mempunyai faktor faktor pencetus Hipertensi seperti kelainan berat badan.

f. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

- a). Hb/ Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel sel terdapat volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokooagulabilitas, anemia.
- b). BUN/ kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glucosa hiperlikemi (hipertensi adalah pencetus Hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- c). Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfusi ginjal da nada Hipertensi.

2. CTScan : mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.

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

4. IUP : mengindentifikasi penyebab Hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.

5. Photo dada : menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katub pembesaran jantung.

g. Penataksanaan

Inti dari penatalaksanaan Hipertensi antara lain pencegahan pada sasaran individu yang memilikitekanan 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, JNC VII 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 antiHipertensi 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 mengontroltekanan darahpada 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 diperdarahnya 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 membran glomerulus protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik 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 sering dikatakan edema.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 4.1 Publikasi asuhan keperawatan

NO	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil
1	Novia Puspita Sari (2020)	Asuhan keperawatan pasien hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan gangguan rasa nyaman.	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus..	Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan suatu gambaran yang mendalam tentang kasus yang sedang di kaji., pengumpulan datanya diperoleh dari wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan dua pasien yang mengalami hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan gangguan rasa nyaman. Pengkajian pada dua pasien ini dilakukan pada tahun 2019, pasien 1 pada

				tanggal 6 mei 2019 pukul 09 : 30 dan pasien 2 pada tanggal 2 januari 2019 pada pukul 21 : 00. Subyek bernama Tn. W dan Ny. S, berjenis kelamin laki laki dan perempuan dengan usia 63 dan 53 tahun. Hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien. Untuk pasien 1 mengeluhkan nyeri kepala dan pasien 2 mengeluhkan nyeri kepala bagian belakang lebih tepatnya pada tengkuk.
2	Azzar Ratur Rahma M.H (2022)	Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan Rasa nyaman pada pasien hipertensi di rumah sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode studi kasus.	Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi di RS 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
3	Muhammad ervan arfandi (2022).	Asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri kronis pada pasien hipertensi di rumah sakit DKT Bandar Lampung Tahun 2023.	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode studi kasus.	Metode deskriptif ini berujuan untuk mendeskriptifkan (memaparkan) peristiwa penting yang terjadi pada masa kini.pengkajian dilakukan pada 1 pasien tanggal 14 – 16 februari 2022. jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode studi kasus.yang bernama Tn. Z berusia 61 tahun, berjenis kelamin laki laki. Hasil laporan pada kasus ini memaparkan teori asuhan keperawatanpada klien yang mengalami hipertensi nyeri.
4	Anis khairunnisa (2019).	Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman.	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode studi kasus.	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. Pengkajian pada 2 pasien ini dilakukan pada tanggal 06 – 07 mei 2019 pukul 11: 00 WIB. Subyek bernama Tn. W dan Tn. A, berjenis kelamin laki

				laki dengan usia 63 dan 46 tahun. Hasil pengkajian didapatkan dari kedua pasien tersebut sama sama mengeluhkan sakit kepala yang tertusuk tusuk.
5	Risky yanti (2022).	Gambaran gaya hidup pada hipertensi di RSUD DR. Pirngadi kota medan tahun 2022.	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode studi kasus.	Metode deskriptif ini bertujuan untuk mendeskriptifkan mengenai kejadian yang ditemukan dengan desain accidental sampling atau suatu metode penentuan sampel dengan mengambil responden yang kebetulan ada disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian. Pengkajian pada 1 pasien ini dilakukan pada 1 pasien tanggal 06 – 10 maret 2022, subyekk asuhan bernama Tn. K dengan jenis kelamin laki laki berumur 58 tahun. Hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mengeluh sakit kepala dan tengkuk bagian belakang