

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subjek (Haswita & Sulistyowati, 2017).

1. Konsep Rasa Nyaman Nyeri

a. Pengertian kebutuhan rasa nyaman

Kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Dalam meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat lebih memberikan kekuatan, harapan, dorongan, hiburan, dukungan dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.(Haswita & Sulistyowati, 2017)

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

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

Berhubungandengan 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 rileks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut.

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan merasa kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

d. Faktor-faktor Penyebab yang mempengaruhi gangguan rasa nyaman

Dalam buku pedoman 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)

1) Gejala dan tanda mayor

Data subjektif :

- a) Mengeluh tidak nyaman

Data objektif:

- b) Gelisah

2) Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Tidak mampu rileks
- c) Mengeluh kedinginan/kepanasan

- d) Merasa gatal
- e) Mengeluh mual
- f) Mengeluh lelah

Data objektif:

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah

2. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual dan pada fungsi ego seorang individu (Haswita & Sulistyowati, 2017).

b. Teori Rangsangan Nyeri

1. Teori pemisahan (*specificity theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls implus nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls pada serabut-serabut besar yang memblok implus-implus pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang

meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.

- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
 - 1) Nyeri superfisial: Rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
 - 2) Nyeri visceral: Rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
 - 3) Nyeri alih: Rasa nyeri yang dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
- c. Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin.

3. Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah

sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri.

7. Pengalaman sebelumnya

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

8. Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Secara terus-menerus klien tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

f. Pengukuran Intensitas Nyeri

1. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.



Gambar 2. 1 Skala Nyeri Hayward

Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017

2. Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dengan meminta pasien untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat dituliskan sebagai berikut:

0 = Tidak nyeri

1 = Nyeri ringan

2 = Nyeri sedang

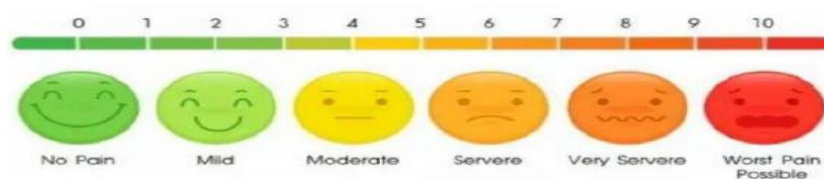
4 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

3. Skala nyeri wajah atau *wong-baker faces rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2. 2 Skala Nyeri Wong-Baker Faces Rating Scale

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas dalam dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menantukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan. Setiap tahap saling bergantung dan berhubungan (Hidayat & Uliyah, 2014).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat & Uliyah, 2014).Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. **P (pemacu)**, yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannyanyeri.

- b. **Q (quality)**, dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atautersayat.
- c. **R (region)**, yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. **S (severity)** adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. **T (time)** adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat diangka berapa. Perawat menyelaskan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol.



Gambar 2. 3 Numeric rating scale

(Haswati & Sulistyowati, 2017)

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan (Budiono & Pertami, 2016) meliputi :

- a. Tahap pengkajian
 - 1) Identitas pasien

Yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikanm pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.
 - 2) Keluhan utama

Pasien merasakan nyeri pada area disekitaran mana
 - 3) Riwayat kesehatan sekarang

Kapan pasien mulai mengalami hipertensi, bagaimana terjadinya dan kepala bagian mana yang nyeri.
 - 4) Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien

pernah mengalami kehilangan keseimbangan atau penglihatan tambah kabur sebelumnya.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang.

6) Pola nutrisi dan metabolic

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit

7) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.

8) Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

10) Pengkajian fisik

a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: kompos mentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (Glasgow Coma Scale)

b) Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate

c) Pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (physical Examination) yang terdiri atas:

1. Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan sistematis.

2. Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang

kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstermitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak)

3. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
4. Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI PPNI, 2016).

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Penyebab Faktor Resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis Terkait
			Mayor	Minor	
1	Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak Atau lambat dan berintensitas ringan hinggaberat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan). 3. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan 	Subjektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur 2. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari Nyeri) 	Subjektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Tersedia Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah 2. Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu 3. Menarik diri, berfokus pada diri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pasien menahan rasa sakit

	Yang berlangsung kurang dari tiga bulan.	fisik berlebihan).		sendiri 4. Diaforesis	
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih secara mandiri	1. Intoleransi aktivitas 2. Perubahan metabolisme seluler 3. Ansietas 4. Gangguan persepsi sensori	Subjektif : 1. mengeluh sulit menggerakkan tengkuk dan kepala Objektif : 1. kekuatan otot menurun. 2. Rentan gerak menurun 3. Tampak berbaring.	Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Gerakan terbatas 2. Fisik lemah	1. Kondisi pasien tampak lemah
3	Gangguan Pola Tidur (D.0055) Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	1. Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan bau tak sedap) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Tidak familiar dengan peralatan baru	Subjektif : 1. Meneluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas saat tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah Objektif : Tidak tersedia	Subjektif : 1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun Objektif : Tidak tersedia	1. Nyeri /kolik 2. Kecemasan 3. Penyakit paru obstruktif kronik 4. Kondisi pasca operasi

3. Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Intervensi Pendukung
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaphoresis menurun 8. Perasaan depresi menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun 	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aroma terapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi proses penyakit 6. Edukasi teknik nafas 7. Kompres dingin 8. Kompres panas 9. Konsultasi 10. Latihan pernafasan 11. Manajemen efek samping obat 12. Manajemen kenyamanan lingkungan 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen sedasi 15. Manajemen terapi radiasi

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai teori dan asuhan keperawatan (Budiono & S Pertami, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono & S Pertami, 2015). Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Langkah –langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak

C. Tinjauan Konsep Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah sistolik atau diastolik yang tidak normal, dimana batasan yang umumnya masih dapat diterima sistolik berkisar 140 mmHg-160 mmHg dan diastolik antara 90 mmHg-95 mmHg dan diagnosis hipertensi sudah jelas pada kasus yang memiliki tekanan darah 160/95 mmHg (Manurung, 2018).

2. Etiologi

Etiologi hipertensi berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan menurut (Manurung, 2018).

- a. Hipertensi primer atau hipertensi esensial. Hipertensi primer atau hipertensi esensial disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang memengaruhi yaitu :

1) Faktor genetik

Hipertensi esensial biasanya terkait dengan gen dan faktor genetik, dimana banyak gen turut berperan pada perkembangan gangguan hipertensi. Seseorang yang mempunyai riwayat keluarga sebagai pembawa hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk terkena hipertensi. Gen yang berperan pada patofisiologi penyakit hipertensi adalah:

- a) Gen simetrik yang mengandung promotor gen 11 β hidroksilase dan gen urutan selanjutnya untuk memberi kode pada gen aldosterone sintase, sehingga menghasilkan produksi ektopik aldosteron.

b) Saluran natrium endotel yang sensitif terhadap amilorid yang terdapat pada tubulus pengumpul.

Mutasi gen ini mengakibatkan aktivitas aldosteron, menekan aktivitas rennin plasma dan hipokalemia.

c) Kerusakan gen 11β hidroksilase dehidrogenase menyebabkan sirkulasi konsentrasi kortisol normal untuk mengaktifkan 20 reseptor mineral kortikoid, sehingga menyebabkan sindrom kelebihan mineralkortikoid.

2) Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein (HDL)*. Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Pada premenopause wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang umumnya mulai terjadi pada wanita umur 45-55 tahun

3) Umur

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor, dengan bertambahnya umur maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan

oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah sistolik meningkat karena kelenturan pembuluh darah besar yang berkurang pada penambahan umur sampai dekade ketujuh sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai dekade kelima dan keenam kemudian menetap atau cenderung menurun. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah yaitu refleks baroreseptor pada usia lanjut sensitivitasnya sudah berkurang, sedangkan peran ginjal juga sudah berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun.

4) Etnis

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dari pada yang berkulit putih. Sampai saat ini, belum diketahui secara pasti penyebabnya. Namun pada orang kulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitifitas terhadap vasopressin lebih besar

Faktor ini dapat dikendalikan dengan pasien hidup dengan pola hidup sehat dengan menghindari faktor pemicu hipertensi yaitu merokok, dengan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari dan dapat menghabiskan berapa putung rokok dan lama merokok berpengaruh dengan tekanan darah pasien. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus dapat meningkatkan tekanan darah pasien sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah pasien dalam batas stabil dan pelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

b. Hipertensi sekunder

Prevalensinya hanya sekitar 5-8 % dari seluruh penderita hipertensi. Hipertensi ini dapat disebabkan oleh penyakit ginjal (hipertensi renal),

penyakit endokrin (hipertensi endokrin), obat dan lain-lain. Hipertensi renal dapat berupa:

- 1) Hipertensi renovaskular, adalah hipertensi akibat lesi pada arteri ginjal sehingga menyebabkan hipoperfusi ginjal.
- 2) Hipertensi akibat lesi pada parenkim ginjal menimbulkan gangguan fungsi ginjal. Hipertensi endokrin terjadi misalnya akibat kelainan korteks adrenal, tumor di medulla adrenal, akromegali, hipotiroidisme, hipertiroidisme, hiperparatiroidisme dan lain-lain. Penyakit lain yang dapat menimbulkan hipertensi adalah koarktasio aorta, kelainan neurologik, stres akut, polisitemia dan lain-lain.

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pascaganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah.

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetus keadaan hipertensi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

4. Tanda dan gejala hipertensi

Pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial, Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi, ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal, dan lain-lain (Manurung, 2018).

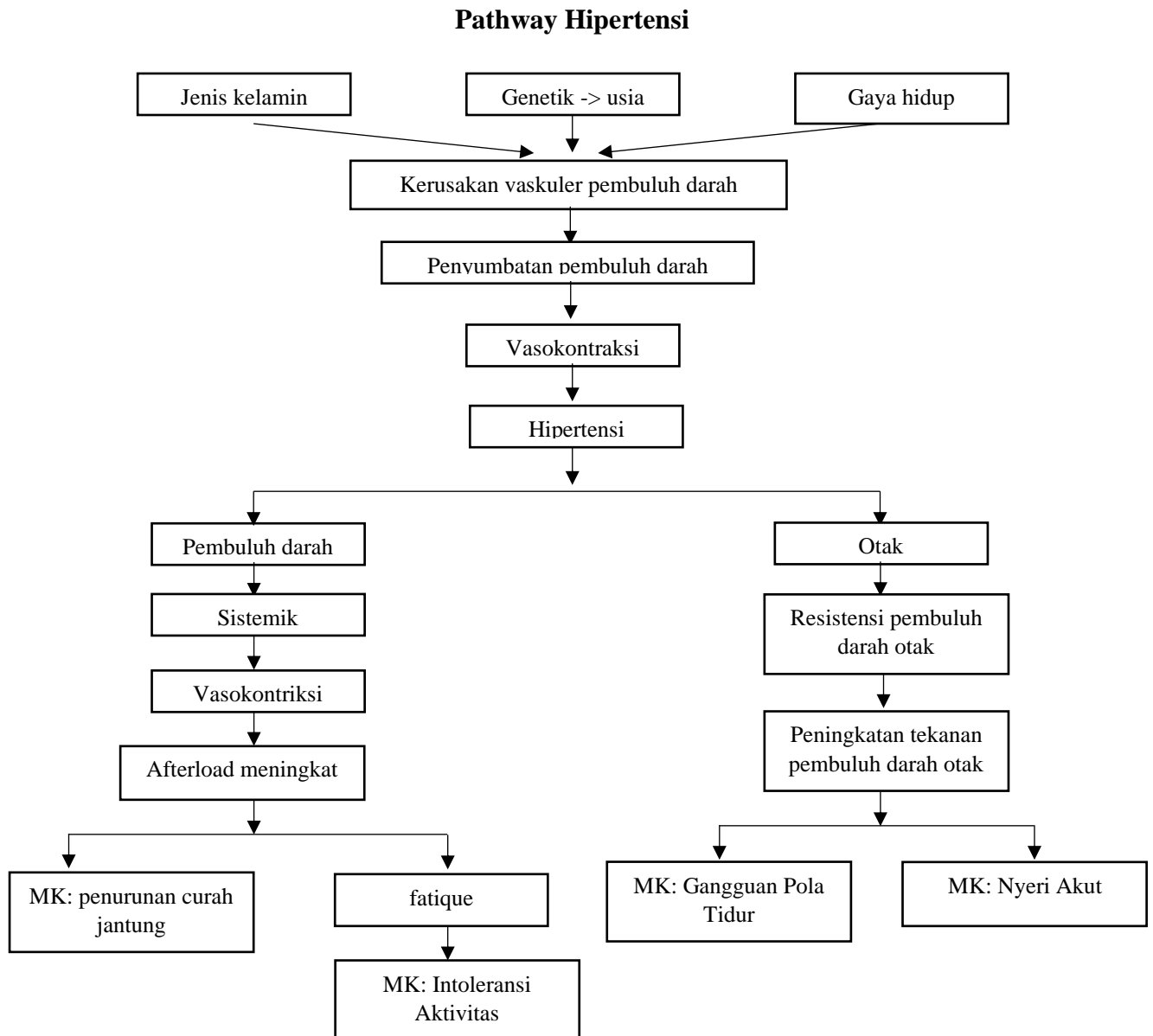
5. Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut *Joint National Committee* yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amerika Serikat. Data terbaru menunjukkan bahwa nilai tekanan darah yang sebelumnya dipertimbangkan normal ternyata dapat menyebabkan peningkatan risiko komplikasi kardiovaskuler. Sehingga mendorong pembuatan klasifikasi baru pada JNC 7, yaitu terdapat pra hipertensi dimana tekanan darah sistolik pada kisaran 120-139 mmHg, dan tekanan darah diastole pada kisaran 80-89 mmHg. Hipertensi level 2 dan 3 disatukan menjadi level 2.

Tabel 2. 3 Klasifikasi Tekanan Darah pada Orang Dewasa sebagai Patokan dan Diagnosis Hipertensi (mmHg)

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stadium 1	140-159	90-99
Hipertensi Stadium 2	≥160	≥100

Sumber:(Manurung, 2018)



Gambar 2. 4 Pathway Hipertensi

Sumber : Aspiani 2016 & Wijaya dkk 2016

6. Komplikasi

Stroke dapat timbul akibat perdarahan di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti, orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

Infark Miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edma. Cairan di dalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema ensefalopati dapat terjadi terjadi

terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neron-neron disekitarnya kolap dan terjadi koma serta kematian.

7. Penatalaksanaan

Banyak orang yang tidak menyadari bahwa menderita hipertensi memerlukan tindakan yang mencakup seluruh populasi untuk mengurangi akibat tekanan darah tinggi dan meminimalkan kebutuhan terapi dengan obat antihipertensi. Pasien dianjurkan untuk merubah gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah, sebelum memulai terapi dengan obat-obatan. Pedoman British *Hypertension Society* 2004 menganjurkan perubahan gaya hidup yang sesuai dengan pedoman dari US National High BP Education Program tahun 2002 untuk pencegahan utama bagi hipertensi sebagai berikut :

- a) Menjaga berat badan agar tetap stabil misalnya, indeks massa tubuh 20 hingga 25 kg per m².
- b) Diet dengan cara mengurangi asupan natrium sampai kurang dari 6 g natrium klorida atau kurang dari 2,4 g natrium per hari atau 100 mmol per hari.
- c) Berolah raga dan melakukan aktivitas fisik secara teratur, misalnya jalan cepat atau senam aerobik yang rutin dilakukan setiap hari selama minimal 30 menit per hari.
- d) Mengurangi asupan alkohol tidak lebih dari 3 unit per hari pada laki-laki dan tidak lebih dari 2 unit per hari pada perempuan.
- e) Memperbanyak konsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran yang kaya serat sedikitnya lima porsi per hari.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2. 4 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Judul	Tahun	Penulis	Hasil
Edukasi Pentingnya Menjaga Pola Makan Untuk Mencegah Terjadinya Peningkatan Tekanan Darah (Hipertensi)	2022	Imran Pashar, Husnaeni, Firda Azizah	Pola penyakit di Indonesia mengalami transisi epidemiologi selama dua dekade terakhir, yakni dari penyakit menular yang semula menjadi beban utama kemudian mulai beralih menjadi penyakit tidak menular. Kecenderungan ini meningkat dan mulai mengancam sejak masih usia muda. Penyakit tidak menular yang utama di antaranya hipertensi. Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara menetap. Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan diantaranya penurunan berat badan, mengurangi asupan garam, mengurangi konsumsi alkohol. Tujuan kegiatan ini untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit hipertensi yang dilakukan melalui penyuluhan edukasi pentingnya menjaga pola makan untuk mencegah terjadinya peningkatan tekanan darah dan pemeriksaan tekanan darah.
Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi	2018	Insana Maria	Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyebab gangguan rasa nyaman yang dapat terjadi pada aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran gangguan rasa nyaman pada pasien Hipertensi di wilayah kerja Unit Pelaksana Teknis Puskesmas Martapura. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Penelitian ini menunjukkan mayoritas responden pada aspek biologis mengalami ketidaknyamanan sebanyak 80,7%. Mayoritas responden pada aspek psikologis

			<p>mengalami ketidak nyamanan sebanyak 67%. Mayoritas responden pada aspek sosial mengalami ketidak nyamanan sebanyak 64,2%. Mayoritas responden pada aspek spiritual mengalami ketidak nyamanan sebanyak 70,6%. Mayoritas responden mengalami ketidaknyamanan sebanyak 75,2%. Dalam penelitian ini disarankan untuk pasien agar menambah wawasan tentang pengendalian rasa nyaman agar mampu diterapkan untuk pengendalian dari efek Hipertensi.</p>
Studi Kasus: Efektifitas Kompres Hangat Dalam Penurunan Skala Nyeri Pasien Hipertensi	2018	Putra Agina Widyaswara Suwaryo, Melly Eka Sri Utami	<p>Berdasarkan hasil pengkajian 2 kasus ditemukan tanda dan gejala yang sama yaitu , nyeri di tengkuk maupun kepala disertai mual dan gangguan pola tidur. Prioritas diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2 adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, gangguan pola tidur yang berhubungan dengan gangguan (nyeri akut), dan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan suplay O2 tidak adekuat. Penyusunan rencana tindakan diagnose keperawatan nyeri aku dengan menggunakan manajemen nyeri yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap perasaan yang membuat ketidaknyamanan, kurangi factor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, dukung istirahat untuk pasien membantu penurunan rasa nyeri, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (kompres hangat), kolaborasi dengan dokter dengan pemberian analgetik. Implementasi yang sudah dilakukan yaitu manajemen nyeri: lakukan pengkajian</p>

			<p>nyeri secara komprehensif, kendalikan factor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap rasa ketidaknyamanan, kurangi factor-faktor yang dapat mencetuskan/meningkatkan nyeri, dukung istirahat untuk membantu penurunan rasa nyeri, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (kompres hangat), kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik. Hasil evaluasi menunjukkan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari.</p>
--	--	--	---