

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit dimana tekanan darah pada seseorang melebihi ambang batas normal yang telah ditentukan. Menurut WHO, tekanan darah dapat dikatakan tinggi jika tekanan darah sistolik berada di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik berada di atas 90 mmHg.

Hipertensi merupakan tekanan darah yang tinggi, dengan tekanan sistolik 140 mmHg dan tekanan diastolic 90 mmHg (Tika, 2021). Menurut Pratiwi, 2020 hipertensi yaitu suatu keadaan kronis yang ditandai dengan naiknya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Keadaan ini yang mengakibatkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah (Pratiwi, 2020).

2. Etiologic hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi dua yaitu:

- a) Hipertensi sekunder, yang terjadi akibat penyebab yang jelas seperti stenosis arteri renalis.
- b) Hipertensi primer yang disebabkan oleh faktor keturunan, ciri seseorang yang mempengaruhi munculnya hipertensi ialah umur (apabila umur bertambah maka tekanan darah akan menjadi meningkat), ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih), faktor kebiasaan hidup yang terdiri dari mengkonsumsi garam yang tinggi, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin,

prednisone, epinefrin), kegemukan atau makan yang berlebihan, jenis kelamin.

3. Tanda dan gejala hipertensi

Salah satu gejala yang muncul pada penderita hipertensi ialah nyeri kepala, di mana proses nyeri yang terjadi adalah adanya rangsangan seperti rangsangan kimiawi, biologis, panas yang merangsang nosiseptor di perifer sehingga impuls nyeri di teruskan oleh serabut aferen ke medulla spinalis melalui dorsal horn dan bersinapsis disubstansia gelatinosa dan melalui tractus spinothalamus. Kemudian impuls ini di belah menjadi dua yaitu impuls yang masuk ke formasio retikuler yang menimbulkan nyeri lambat, sedangkan impuls yang langsung menuju thalamus menyebabkan nyeri cepat dan dapat menimbulkan reaksi involunter dan emosional yaitu peningkatan tekanan darah dan keringat dingin. Nyeri pada pasien hipertensi yang di sebabkan akibat perubahan struktur pembuluh darah sehingga dapat terjadi penyumbatan di area pembuluh darah, kemudian terjadi vasokonstriksi dan terjadi juga resistensi pembuluh darah otak yang meningkat dan dapat menyebabkan terjadinya nyeri kepala pada penderita hipertensi (Murtiono & Ngurah, 2020).

Hipertensi tidak memiliki gejala yang terlalu jelas bahkan terkadang hipertensi gejalanya tidaklah terlalu serius. Gejala penyakit hipertensi berhubungan dengan tekanan darah yang meningkat. Gejalanya yang bervariasi di setiap individu, beberapa gejala yang di alami penderita hipertensi yaitu sakit kepala yang terkadang juga sakit kepala yang di

sertai dengan mual dan juga muntah akibat dari meningkatnya tekanan darah intrakranium, mudah Lelah, penglihatan kabur, stress, storke, vertigo, telinga berdengung, jantung berdebar dengan kencang, hidung berdarah, dan nocturia adanya peningkatan urinasi karena aliran darah ginjal dan filtrasi glomelurus meningkat (Marhabatsar & Sijid, 2021).

4. Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi terjadinya hipertensi di pengaruhi oleh beberapa faktor-faktor yang meliputi faktor usia, genetik, konsumsi garam berlebih, merokok, gangguan vasokonstriksi dan vosadilatasi dan sistem reninangiotensinaldosteron. Pada saat jantung bekerja lebih berat dan kontraksi otot jantung menjadi lebih kuat sehinggamengakibatkan aliran darah yang besar melalui arteri. Arteri yang akhirnya mengalami kehilangan elastisitas shingga dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah. Proses yang mengawasi kontraksi dan relaksasi pembuluh darah berada di pusat vasomotor pada medulla di otak. Pusat vasomotor berawal dari sifat simpatisyang ke mudian ke korda spinalis lalu keluar melalui kolumna medulla spinalis menuju ganglia simpatis dada dan perut. Rangsangan pusat vasomotor disalurkan melalui implus menuju ke bahwa menggunakan saraf simpatis ke ganglia simpatis.

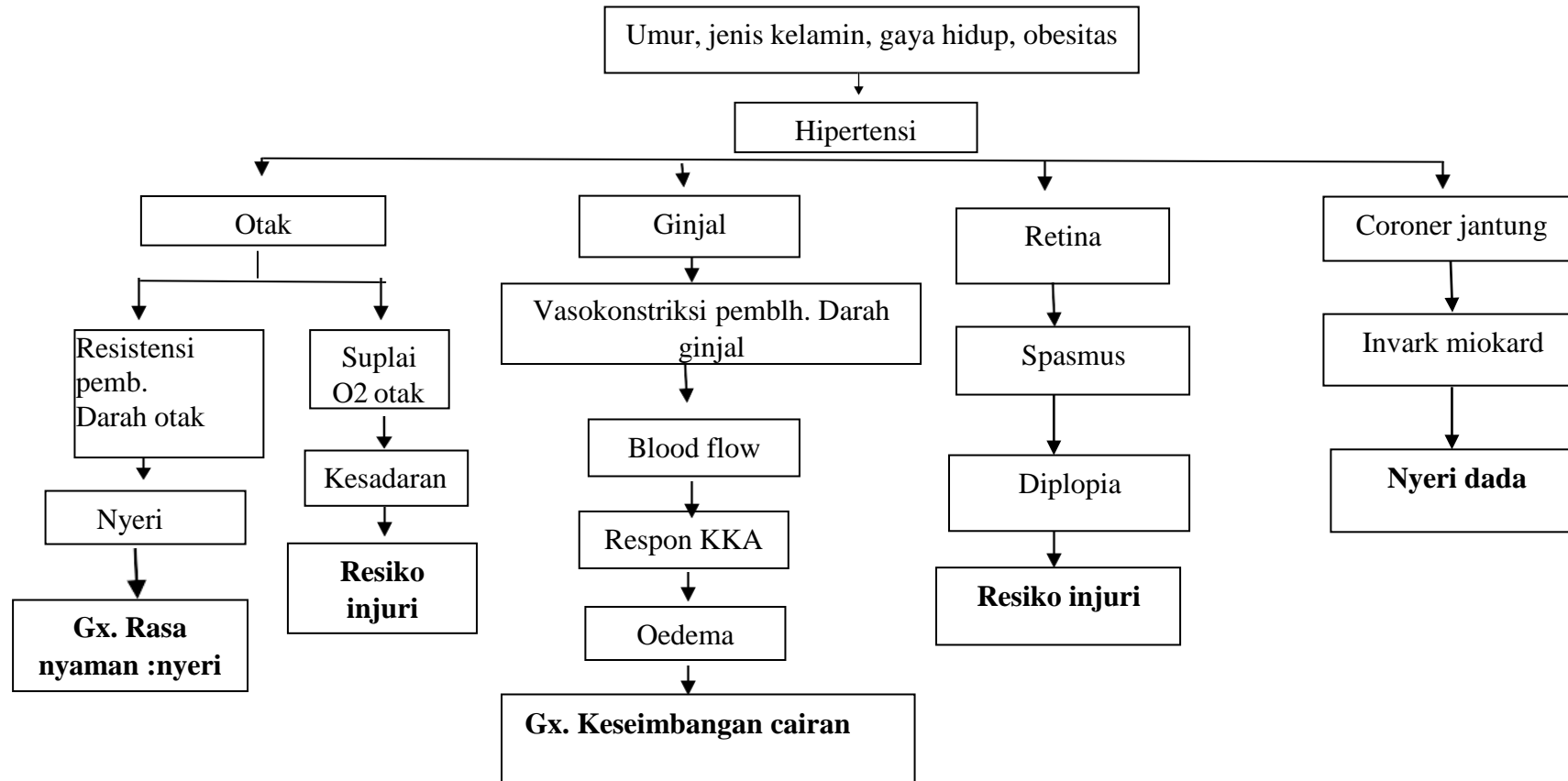
Disinilah neuron preganglion akan mengeluarkan asetilkolin yang lalu merangsang serabut saraf paska ganglion menuju pembuluh darah, sehingga terjadilah konstriksi pembuluh darah. Bertepatan dengan sistem saraf simpatis merangsang kelenjar adrenal sehingga dapat mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla

adrenal mengeluarkan epinefrin dan juga dapat mengakibatkan vasokonstriksi, sedangkan korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan steroid, yang akan memperkuat vasokonstriksi pembuluh darah.

Hal ini mengakibatkan aliran darah ke ginjal menurun, yang mengakibatkan pelepasan renin. Kemudian renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian akan menjadi angiotensin II, semakin memperkuat vasokonstriksi, yang pada akhirnya merangsang pengeluaran aldosterone oleh korteks adrenal.

Hormon aldosterone inilah yang mengakibatkan terjadinya retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intravaskuler (Gunawanetal.,2020).

5. Pathway



6. Faktor resiko hipertensi

Faktor resiko hipertensi yaitu :

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal (esterogen) melalui mekanisme renin aldosterone mediate volume expansion. Jika dihentikan menggunakan kontrasepsi hormonal, dapat mengembalikan tekanan darah menjadi normal kembali
- b) Obesitas, yaitu orang yang dengan berta badan di atas 30% dri berat badan ideal memiliki peluang lebih besar terkena hipertensi.
- c) Konsumsi garam yang berlebihan dapat menyebabkan tubuh menahan cairan yang meningkatkan tekanan darah.
- d) Kebiasaan merokok juga dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Nikotin yang ada di dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin. Katekolamin yang meningkat dapat mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, dan juga menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian meningkatkan tekanan darah.
- e) Kurang berolahraga dan kurangnya gerak dapat menyebabkna meningkatnya tekann darah. Dengan olahraga secara teratur dapat menurunkan tekanan darah, tetepi tidak di anjurkan untuk melakukan olahraga yangberat.
- f) Kolesterol, yaitu kandungan lemak yang berlebihan dalam darah menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga pembuluh darah menyempit dan pada akhirnya akan mengakibat tekanan darah menjadi meningkatkan.

- g) Stress dan kondisi emosi yang tidak stabil seperti cemas, yang cenderung meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress menurunkan maka tekanan darah akan kembali normal juga (Telaumbanua & Rahayu, 2021).

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan urinalis (protein dalam urine) untuk melihat adanya kelainan pada ginjal.
- b. Pemeriksaan darah rutin yang di perlukan yaitu hematokrit, kreatinin untuk menilai fungsi ginjal dan ureum.
- c. Elektrolit untuk melihat kemungkinan adanya kelainan dalam ketidakseimbangan cairan atau kadar asam dan basah pada tubuh.
- d. Pemeriksaan echokardiografi Merupakan salah satu pemeriksaan penunjang yang akurat untuk memantau terjadinya hipertropi ventrikel. Hemodinamik kardiovaskuler dna tanda-tanda iskemi miokard yang menyertai penyakit jantung pada hipertensi stadium lanjut.

Apabila pemeriksaan tersebut di atas tidak cukup untuk membuktikan etiologic penyakit atau ada kecurigan terhadap suatu penyakit yang menyebabkan hipertensi maka dilakukan pemeriksaan khusus yaitu :

- a) Arteriografi renal di lakukan bila ada dugaan stenosis arter renalis.
- b) Pemeriksaan kaarrenin plasma untuk mengevaluasi pasien untuk stenosis arteri renalis juga di pakai untuk menentukan

pola pengobatan.

- c) Piolografi intravena dapat membantu menilai keadaan ginjal, dapat dilihat dari fungsi ekskresi ginjal dan ureter serta bentuk dan besarnya ginjal (Haedah, 2018).

8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis pada penderita hipertensi yang bertujuan untuk dapat mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah di bawah 130/90 mmHg.

Penatalaksanaan hipertensi meliputi :

- a. Terapi farmakologi, yaitu dengan memberikan obat-obatan.
- b. Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan cara menganjurkan untuk diet rendah garam, Latihan fisik seperti olahraga dengan teratur, diet rendah kolestrol dan rendah asam lemak jenuh, memberikan edukasi psikologis untuk pasien hipertensi (Teknik biofeedback), dan melakukan Teknik relaksasi (relaksasi napas dalam, dan relaksasi otot progresif, relaksasi autogenic dan lain-lain), dan melakukan terapi *foot massage* (Haedah, 2018).

9. Komplikasi hipertensi

Menurut Anggraini (2019) komplikasi dari hipertensi yaitu :

- 1) Ensefalopati (kerusakan otak), terjadi pada hipertensi maligna (hipertensi yang mengalami kenaikan tekanan darah dengan cepat). Tekanan darah tinggi disebabkan oleh kelainan yang membuat peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang

intertisium diseluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuro-neurodi sekitarnya terjadi koma dan kematian.

- 2) Stroke, akibat dari pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluhnon otak. Stroke juga dapat terjadi pada hipertensi kronis, apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan pembuluh darah sehingga aliran darah pada area tersebut berkurang.
- 3) Gagal ginjal, kerusakan pada ginjal yang di sebabkan oleh tingginya tekanan pada kapiler-kapiler glomelurus. Rusaknya glomelurus membuat darah mengalir ke unti fungsional ginajl, neuron terganggu, dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya glomelurus menyebabkan protein keluar melalui urine dan terjadilah tekanan osmotik koloid plasma berkurang sehingga terjadi edema pada penderita hipertensi kronik.
- 4) Infark miokardium, terjadi saat arteri coroner mengalami arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium, pabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadinya hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat terpenuhi dan dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang meyebabkan infark (Telaumbanua & Rahayu, 2021).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Meliputi dari : umur, nama, jenis kelamin, agama, Pendidikan, suku bangsa, nomor registrasi, alamat, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit dan diagnose medis.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi dari : nama, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

a) Keluhan umum saat masuk rumah sakit (MRS). Mencatat keluhan utama yang di rasakan atau di alami klien yang menyebabkan keluarag membawaklien ke rumah sakit.

b) keluhan utama saat pengkajian

Diisi dengan keluhan yang di rasakan klien saat pengkajian di lakukan. Tanyakan pada klien keluahnay ag di rasakan, jikan keluhan yang di rasakan klien lebih dari satu, tanyakan keluhan yang sangat mengganggu klien, misalnya mengeluh nyeri saat beraktivitas.

2) Riwayat keperawatan sekarang

Pengkajian ini meliputi alasan klien yang menyebabkan terjadinya gangguan kebutuhan aktivitas dan latihan. Alasan pasien yang menyebabkan terjadinya keluhan atau gangguan

dalam melakukan aktivitas, seperti adanya nyeri, kelemahan otot, daerah terganggunya aktivitas, tingkat mobilitas dan imobilisasi, dan lamanya terjadinya gangguan aktivitas.

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Pengkajian Riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas, misalnya adanya Riwayat penyakit sistem neurologis, Riwayat penyakit sistem kardiovaskuler, Riwayat penyakit sistem musculoskeletal, dan trauma kepala.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Tanyakan pada klien atau keluarga mengenai penyakit yang pernah diderita anggota keluarga. Jika memungkinkan membuat genogram atau gambaran garis keturunan beserta penyakit yang pernah di derita terutama untuk penyakit- penyakit yang sifatnya di turunkan atau penyakit menular.

5) Pola pengkajian ADL

a) Pola nutrisi

Biasanya mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah dan kehilangan sensasi pada lidah.

b) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya klien tidak akan mampu melakukan aktivitas dan perawatan diri secara mandiri karena kelemahan anggota gerak, mengalami gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan mudah lelah, kekuatan otot berkurang.

c) Pola tidur dan istirahat

Klien biasanya akan lebih banyak tidur dan istirahat karena semua sistem tubuh akan mengalami penurunan kerja dan penurunan kesadaran sehingga lebih banyak diam.

6) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran umum

Kesadaran secara umum yang tampak dari fisik klien ketika perawat melakukan pengkajian misalnya, pasien nampak lemah, nampak kotor dan lain-lain. Kesadaran secara kualitatif (*composmentis, apatis, somnolen*, dll).

7) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus di periksa meliputi :

- a) Tekanan darah (TD): hipotensi atau hipertensi
- b) Suhu : hipotermi atau hipertemi
- c) Respiratory rate (RR) : biasanya pasien mengalami sesak
- d) Nadi : terjadinya perubahan denyut nadi

8) Pemeriksaan wajah

a) Mata

Kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata/palpebral oedem, ptosis/dalam kondisi tidak sadar mata tetap terbuka, apakah ada peradangan, apakah terdapat luka, bulu mata rontok atau tidak, benjolan, konjungtiva dan sclera, perubahan warna (anemis/anememis), warna iris (hitam, biru, hijau), reaksi pupil terhadap cahaya (miosis/midriasis), pupil (isokor/an isokor).

b) Hidung

- Inspeksi dan palpasi : amati bentuk dari tulang hidung dan posisi septum nasi (terjadi pembengkokan atau tidak)
- Amati meatus : apakah terjadi pembesaran dan kotoran, apakah ada pembesaran/polip, dan apakah ada pembengkakan.

c) Mulut

- amati bibir : apakah terdapat lesi, bibir pecah-pecah, warna bibir, kelainan kognetal (labioscisis, palatocisis, atau labiopalacotisis).
- Amati orofaring atau rongga mulut : benda asing (ada atau tidak) Amati gigi, lidah dan gusi : apakah ada karies, apakah terjadi perdarahan dan abses, warnah lidah, apakah terdapat gigi palsu, apakah terdapat kotoran.

d) Telinga

- Amati bagian tlinga luar : ukuran, warna, lesi, perdarahan, penumpukan serumen, nyeri tekan, bentuk, transparansi, apakah ada peradangan, dengan otoskop periksa membrane tympani amati warnah.

9) Pemeriksaan kepala dan leher

a. Kepala

Inspeksi : kesimetrisan, hidrocephalus, apakah terdapat luka, perdarahan, dan bentuk kepala (dolicephalus/lonjong, brakhiocephalus/bulat).

Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan, fotannela/pada bayi (cekung/tidak).

b. Leher

Inspeksi : apakah terdapat massa, peradangan, perubahan warnah, jaringan parut, bentuk leher (simetris/asimetris).

Palpasi : apakah terdapat pembesaran vena jugularis, dan pembesaran kelenjar limfe.

10) Pemeriksaan thoraks/dada

a. pemeriksaan paru

Inspeksi:

a) Bentuk dada (simetris/asimetris)

b) Keadaan kulit

c) Bentuk thorak (normal chest/ pigeon chest/ funnel chest/ barrel chest)

d) Susunan runag ruas tulang belakang (kyphosis/ scoliosis/ lordosis)

e) Pola nafas : (eupnea/ takipnea/ bradpnea/ kusmaul/ biot/ apnea/ chene stokes)

f) Retraksi otot bantu pernapasan : apakah terdapat retraksi suprastemal, sternomastoid, retraksi intercostal, pernapasan cuping hidung.

g) Amati : apakah terdapat batuk (produktif/ kering/ darah) dan apakah terdapat sianosis.

Palpasi : pemeriksaan taktil/ vocal fremitus: getaran

anatar kanan dan kiri teraba (sama / tidak sama). Lebih bergetar ke sisi yang mana.

Perkusi : area paru (hipersonor, sonor, dulnes)

Auskultasi:

a. Suara nafas area vasikuler : (halus, kasar, bersih)

Area bronchial : (kasar, halus, bersih), area bronkovesikuler (kasar, halus, bersih)

b. Suara ucapan terdengar : bronkhophoni, pectoriloquy, egophony.

c. suara nafas tambahan terdengar : pleura friction rub, wheezing, ronchi, rales, dan bunyui tambahn lainnya.

11) Pemeriksaan jantung

Inspeksi : apakah terdapat pelebaran, ictus cordis . Palapasi : palpasi pada dinding thorak teraba (kuat,lemah, atau tidak teraba).

Perkusi : batas-batas jantung normal adalah :

1. Bataas atas : (normal = ICS II
2. Batas bawah : (normal = ICS V)
3. Batas kanan : (normal = ICS IV mid stemalisdextra)
4. Batas kiri : (normal = ICS V mid stemalis sinitra)

Auskultasi :

1. BJ I terdengar (ganda, keras, lemah, tunggal, regular, ireguler)

2. BJ II terdengar (ganda, keras, lemah tunggal, regular, ireguler).

Apakah ada bunyi jantung tambahan : BJ III, galloprhythm, murmur.

12) Pemeriksaan abdomen

a. Inspeksi

Bentuk abdomen : (cekung, datar, cembung), apakah ada massa, benjolan, dan kesimetrisan.

b. Auskultasi

Frekuensi peristaltic usus (normal = 5-35 x/menit)

c. Palpasi

Palpasi hepar : dikrisikan : pembesaran, nyeri tekan, perabaan (lunak atau keras), permukaan (halus atau benjol-benjol), tepi hepar (tajam atau tumpul).

Normalnya hepar tidak teraba.

d. Perkusi

Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani.

13) Pemeriksaan genitalia dan rektal

a. Genitalia pada Wanita

Inspeksi : kebersihan rambut pubis (kotor/bersih), apakah terdapat leish, keputihan peradangan, eritema, lubang uretra ; stenosis/sumbatan.

b. Genitalia pada pria

Inspeksi : rambut pubis (kotor/bersih), apakah terdapat

benjolan, apakah terdapat lesi.

Palpasi :

Penis : apakah terdapat benjolan, apakah terdapat nyeri tekan.

Scrotum dan testis : apakah terdapat nyeri tekan, apakah terdapat benjolan.

Kelainan-kelainan yang tampak pada scrotum : scrotal hernia, spermatochele, tumor testicular, torsi pada saluran sperma, hidrochele, epididimal mass / nodulartyi.

Inspeksi dan palpasi hernia : inguinal hernia (+ / -), femoral hernia (+ / -), apakah ada pembengkakan.

14) Pemeriksaan sistem saraf

a. Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (*Glasgow Coma Scale*) : (*compos mentis, apatis, samnolen, delirium, sporo coma, coma*).

b. Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak

Apakah ada peningkatan suhu tubuh, kaku kuduk, nyeri kepala, penurunan tingkat kesadaran, kejang, muntah.

c. Memeriksa refleks kedalaman tendon

Refleks patologis : apabila di jumpai adanya kelumpuhan ekstremitas pada kasus-kasus tertentu.

yang harus kita periksa adalah refleks Babinski, refleks Schaefer, refleks *Oppenheim*, refleks *chaddock*, refleks *bing*, refleks *gonad*, refleks *Gordon*.

Refleks fisiologis : refleks *achilles*, refleks *bisep*, refleks *trisep*, refleks *patella*, refleks *brachioradialis*.

15) Pemeriksaan ekestremitas / muskuloskeletal

Periksa adanya kelemahan, tonus otot, gangguan sensorik, atropi tremor, gerak tak terkendali, kekuatan otot, nyeri sendi, kekakuan sendi, kemampuan duduk, kemampuan berjalan, kemampuan berdiri.

16) Pengkajian kebutuhan dasar aktivitas

Menanyakan pada pasien/klien kegiatan rutin sebelum sakit dan setelah sakit, menanyakan waktu senggang sebelum dan setelah sakit, kemampuan berjalan sebelum sakit dan setelah sakit, kemampuan merubah posisi: baring ke duduk sebelum dan setelah sakit, kemampuan mempertahankan posisi duduk sebelum dan setelah sakit, kemampuan merubah posisi : duduk ke berdiri sebelum dan setelah. sakit, kemampuan berjalan sebelum dan setelah sakit, penggunaan alat bantu dalam pergerakan sebelum dan setelah sakit, *dyspnea* setelah beraktivitas sebelum dan setelah sakit, ketidaknyamanan beraktivitas sebelum dan setelah sakit, pergerakan lambat sebelum dan setelah sakit.

17) Gangguan pemenuhan rasa nyaman pada pasien hipertensi

Tanda dan gejala dari hipertensi salah satunya gangguan rasa nyaman, pasien yang mengalami hipertensi akan mengalami tanda dan gejala gangguan rasa nyaman dilihat dari pasien yang

hipertensi akan mengalami perasaan yang kurang senang, kurang nyaman, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Akibatnya yang akan ditimbulkan adalah mual, kebigungan, kelelahan, sulit tidur, nyeri kepala.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung secara aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, serta komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2020). Salah satu diagnosa keperawatan pasien hipertensi adalah:

Nyeri akut (D.0077)

Kategori : psikologis

Subkategori : nyeri dan kenyamanan

Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab

1. Agen pencedera fisiologis (mis, *inflamasi, iskemia, neoplasma*)
2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)

3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

1. Mengeluh nyeri

Objektif :

1. Tampak meringgis
2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berfikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

Kondisi klinis terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaucoma

(sumber : PPNI, 2017)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien baik individu, keluarga, maupun komunitas (Dewi et al., 2021).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan kode D.0077	Tujuan keperawatan Kode L.08066	Intervensi keperawatan kode L.08238
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (<i>iskemik</i>)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi cukup menurun 2. Frekuensi nadi memburuk menjadi cukup membaik 3. Pola napas memburuk menjadi cukup membaik 4. Tekanan darah memburuk menjadi cukup membaik	Manajemen nyeri(I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh

		<p>budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi pijat)</p> <p>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
--	--	--

(sumber : SDKI PPNI 2017, SLKI PPNI 2017, SIKI PPNI, 2017)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya yang telah ditentukan dengan cara

mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Safitri, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu kegiatan yang dimana dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai luaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnose, perencanaan Tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi. Evaluasi adalah tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Sitanggang, 2019).

C. Penerapan terapi *foot massage* pada pasien hipertensi

1. Definisi terapi *foot massage*

Pijat refleksi kaki atau sering disebut dengan pijat refleksiologi yang dilakukan dengan cara memijat bagian titik refleksi di kaki yang dapat memberikan rangsangan relaksasi yang mampu memperlancar aliran darah dan cairan tubuh pada bagian-bagian tubuh yang berhubungan dengan titik saraf kaki yang dipijat (Sihotang, 2021).

Salah satu khasiatnya yang paling populer adalah untuk mengurangi rasa sakit pada tubuh. Manfaat lainnya adalah mencegah berbagai penyakit, meningkatkan daya tahan tubuh, membantu mengatasi stress, meringankan gejala migrain, membantu penyembuhan penyakit kronis, dan mengurangi ketergantungan terhadap obat-obatan. Pijat refleksi juga

mengurangi ketegangan, meningkatkan sirkulasi, dan mempromosikan fungsi alami dari tubuh melalui penerapan tekanan di berbagai titik-titik tertentu pada tubuh. Terapi pijat refleksi kaki dapat meningkatkan aliran darah. Kompresi pada otot merangsang aliran darah vena dalam jaringan subkutan dan mengakibatkan retensi darah menurun dalam pembuluh perifer dan peningkatan drainase getah bening. Selain itu juga dapat menyebabkan pelebaran arteri yang meningkatkan suplai darah ke daerah yang sedang dipijat, juga dapat meningkatkan pasokan darah dan meningkatkan efektivitas kontraksi otot serta membuang sisa metabolisme dari otot-otot sehingga membantu mengurangi ketegangan pada otot, merangsang relaksasi dan kenyamanan. Teknik relaksasi dapat menghilangkan stress yang selanjutnya menurunkan tekanan darah dan kecepatan nadi. Pemijatan pada titik-titik tertentu ditelapak kaki dapat menimbulkan relaksasi tubuh secara umum, dengan demikian memberi hasil positif bagi tekanan darah dan nadi (Lukman et al., 2020).

2. Fisiologi Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi

Fisiologi nyeri kepala pada pasien hipertensi dimulai dengan transduksi yaitu rangsangan substansi P (prostaglandin) di area sel yang mengalami injuri terhadap reseptor nyeri (nosiseptor). Proses selanjutnya adalah transmisi oleh saraf nosiseptik menuju spinal cord. Perjalanan nyeri dilanjutkan oleh saraf asenden menuju ke thalamus dan pusat nyeri di korteks serebri. Presepsi nyeri seseorang dapat dimodulasi secara endogenous dan stimulasi opiate endogenous seperti beta endorfin (Saputra & Huda, 2023).

3. Fisiologi mekanisme terapi *foot massage* pada pasien hipertensi

Nyeri adalah perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami oleh seorang individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan bagian kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit. Nyeri kepala pada penderita hipertensi yang disebabkan oleh kerusakan vaskuler pembuluh darah. Nyeri timbul sebagai suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul ketika jaringan sedang dirusak sehingga menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Hipertensi jika terjadi secara berkepanjangan akan meningkatkan resiko tekanan stroke, serangan jantung, dan gagal ginjal kronis. Salah satu pelaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien hipertensi yaitu dengan memberikan kombinasi terapi *foot massage* (Ferdisa & Ernawati, 2021).

Foot massage bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi kegiatan jantung dalam memompa, dan mengurangi mengerutnya dinding-dinding pembuluh darah sehingga tekanan pada dinding-dinding pembuluh darah berkurang dan aliran darah menjadi lancar sehingga tekanan darah akan menurun (Patria, 2019). Terapi *foot massage* dapat memperlancar aliran darah, menurunkan kadar *norepinephrin*, menurunkan kadar *hormone cortisol*, menurunkan ketegangan otot, sehingga dapat menurunkan stress yang secara tidak langsung menurunkan tekanan darah (Umamah & Paraswati, 2019).

4. Standar Operasional Prosedur

1. Cuci tangan sebelum pemijatan
2. Waktu pijat refleksi dapat dilakukan selama 30-40 menit. Tetapi bagi penderita penyakit kronis, lanjut usia waktunya lebih pendek.
3. Setiap titik refleksi hanya dipijat 5 sampai 9 menit dalam sekali pemijatan
4. Bisa menggunakan minyak agar kulit tidak lecet tatkala dipijat
5. Gerakan pertama disebut dengan *eflurage* yaitu memijat dari pergelangan kaki ditarik sampai ke jari-jari. Gerakan dapat dilakukan sekita 3-4 kali.



Gambar 1 langkah pemijatan pertama

6. Gerakan kedua ini sama dengan Gerakan pertama yaitu menarik dari pergelangan kaki sehingga sampai ujung jari melewati perselangan jari diakhiri dengan tarikan kecil pada jari. Gerakan ini dilakukan pada semua jari kaki, dari kelingking hingga jempol.



Gambar 2 langkah pemijatan kedua

7. Setelah itu, dilakukan seperti Gerakan pertama terapi dengan menungkupkan semua telapak tangan pada atas dan bawah telapak

kaki, ditarik lembut dari pergelangan kaki hingga ke jari kaki. Gerakan ini dilakukan 3-4 kali.



Gambar 3 langkah pemijatan ketiga

8. Pegang kaki seperti gambar diatas, lakukan pemijatan pada daerah tumit dengan gerakan melingkar. Penekanan pemijatan dipusatkan pada jempol tangan yang dilakukan seperti gerakan-gerakan memutar kecil searah jarum jam. Gerakan ini dapat dilakukan sebanyak 3-4 kali.



Gambar 4 langkah pemijatan keempat

9. Lakukan pemijatan dengan memfokuskan penekanan pada jempol, jari telunjuk, dan jari tengah dan membuat gerakan tarikan dari mata kaki ke arah tumit. Gerakan ini dilakukan sebanyak 3-4 kali.



Gambar 5 langkah pemijatan kelima

10. Lakukan pemijatan penekanan yang berfokus pada jempol, mengusap dari telapak kaki bagian atas hingga ke bawah. Gerakan ini dapat

dilakukan sebanyak 3-4 kali.



Gambar 6 langkah pemijatan keenam

11. Gerakan ke tujuh hamper sama dengan Gerakan ke-6, tetapi gerakan ini dilakukan dengan posisi agak ke tengah dari telapak kaki. Gerakan ini dapat dilakukan sebanyak 3-4 kali.



Gambar 7 langkah pemijatan ketujuh

12. Gerakan selanjutnya yaitu dengan membuat gerakan kecil memutar dengan memberikan sedikit penekanan yang berfokus pada jempol, gerakan ini dilakukan dari bagian atas telapak kaki (bawah jempol) hingga dibagian tumit tetapi telapak bagian tepi. Gerakan ini tidak dilakukan perulangan, cukup satu kali saja.



Gambar 8 langkah pemijatan kedelapan

13. Gerakan selanjutnya hamper sama dengan gerakana ke-8, hanya gerakan ke-9 ini lebih di area telapak kaki bagian Tengah. Gerakan ini juga tidak dilakukan perulangan, cukup satu kali saja.



Gambar 9 langkah pemijatan kesembilan

14. Gerakan ke-10 adalah dengan melakukan penekanan pada bawah jari, seperti yang dilakukan gambar diatas. Gerakan ini dilakukan pada semua jari kaki. Gerakan ini dilakukan dengan menekan dan memberikan putaran-putaran kecil searah jarum jam. Setiap jari kaki diberikan pijatan 3-4 kali.



Gambar 10 langkah pemijatan kesepuluh

15. Gerakan selanjutnya yaitu memberikan penekanan dan gerakan memutar kecil pada area tersebut (seperti pada gambar). Gerakan yang dilakukan dapat sebanyak 4-5 kali pada titik ini saja.



Gambar 11 langkah pemijatan kesebelas

16. Gerakan selanjutnya dapat dilakukan dengan memutar pergelangan kaki, posisi tangan dapat dilakukan seperti digambar. Pemutaran pergelangan kaki dapat dilakukan sebanyak 4-5 kali.



Gambar 12 langkah pemijatan keduabelas

17. Setelah itu regangkan kaki, yaitu dengan memegang daerah pergelangan kaki dan memberikan sedikit dorongan ke luar pada telapak kaki bagian atas. Gerakan ini dapat dilakukan sebanyak 3-4 kali.



Gambar 13 langkah pemijatan ketigabelas

18. Gerakan terakhir yaitu memberikan usapan lembut dengan sedikit diberikan penekanan dari pergelangan kaki sehingga semua ujung kaki. Gerakan ini dilakukan 3-4 kali, dan ditutup dengan mengusap satu kali dengan lembut dari atas pergelangan kaki hingga ujung kaki tanpa diberikan penekanan.



Gambar 14 langkah pemijatan keempatbelas

19. Kebanyakan orang memerlukan perawatan 4 sampai 8 minggu untuk memperoleh hasil yang memuaskan. Tetapi bagi pasien berpenyakit kronis dipijat tiga kali dalam seminggu atau dua hari sekali, jangan

memijat setiap hari.

20. Usahakan komunikasi pasien dengan pemijatan terjalin dengan baik , jangan membicarakan segala sesuatu yang dapat memberatkan mental pasien khususnya mengenai pasien.
21. Cucilah tangan sehabis memijat.