

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Hipertensi didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah diastolik dan sistolik, yang ditemukan dalam dua tipe yaitu hipertensi esensial (sekunder) dan hipertensi primer (Kowalak, 2012).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka morbiditas dan angka kematian (mortalitas) (Adib, 2009).

Hipertensi merupakan penyakit yang dapat menyerang siapa saja, baik muda maupun tua. Penderita hipertensi biasanya tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya sehingga Hipertensi sering dikategorikan sebagai *The silent disease*. Pasien hipertensi umumnya tidak mengalami tanda dan gejala sebelum terjadi komplikasi seperti stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan gagal ginjal kronik (Wahdah, 2011).

2. Etiologi

Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi esensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan ada kemungkinan karena faktor keturunan atau genetik (90%). Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang merupakan akibat dari adanya penyakit lain. Faktor ini juga erat hubungannya dengan gaya hidup dan pola makan yang kurang baik. Faktor makanan yang sangat berpengaruh adalah kelebihan lemak (obesitas), konsumsi garam dapur yang tinggi, merokok dan minum alkohol (Wahdah, 2011).

Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi lebih besar. Faktor-faktor lain yang mendorong terjadinya hipertensi antara lain stress, kegemukan (obesitas), pola makan, merokok (M.Adib,2009).

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku

- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut (M.Adib,2009) :

1. Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi

2. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah:

- a. Umur (jika umur bertambah maka TD meningkat)
- b. Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)
- c. Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- d. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah :

- a. Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
- b. Kegemukan atau makan berlebihan
- c. Stress
- d. Merokok
- e. Minum alcohol
- f. Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin)

Sedangkan penyebab hipertensi sekunder adalah penyakit-penyakit seperti Ginjal, Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nekrosis tubular akut, Tumor, Vascular, Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol, Vaskulitis, Kelainan endokrin, DM, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme, Saraf, Stroke, Ensepalitis. Selain itu dapat juga diakibatkan karena Obat-obatan Kontrasepsi oral Kortikosteroid.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

a. 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 berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur!

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Menurut Cokhaeni (2001), manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

1. Mengeluh Sakit Kepala
2. Pusing, lemas
3. Kelelahan
4. Sesak Nafas
5. Gelisah
6. Mual
7. Muntah
8. Epistaksis
9. Kesadaran Menurun

4. Patofisiologi

Peningkatan tekanan darah yang tinggi secara akut yang dapat dipicu oleh beberapa faktor seperti kelainan hormonal tertentu, misalnya krisis tiroid, krisis feokromositoma, kehamilan dengan preeklampsia/eklampsia, penyalahgunaan obat – obat tertentu seperti cocaine dan amfetamin, luka bakar, trauma kepala, glomerulonephritis akut, pembedahan dan lain – lain akan memicu terjadinya peningkatan resistensi vascular sistemik yang selanjutnya bisa berdampak terjadinya kerusakan organ target melalui dua jalur, yaitu peningkatan tekanan darah yang demikian akan menimbulkan kerusakan sel – sel endotel pembuluh darah yang akan diikuti dengan pengendapan sel – sel platelet dan fibrin sehingga menyebabkan terjadinya nekrosis fibrinoid dan proliferasi intimal. Disisi lain terjadi peningkatan

sekresi zat – zat vasokonstriktor ,seperti renninangiotensin dan katekolamin,sebagai mekanisme kompensasi yang semakin mempertinggi peningkatan tekanan darah sehingga terjadi pula natriuresis spontan yang mengakibatkan penurunan volume intravascular.Kedua jalur mekanisme tersebut akan mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang semakin tinggi sehingga menimbulkan iskemia jaringan dan pada akhirnya menyebabkan disfungsi organ (M.Adib,2009).

Kerusakan organ target yang seringdijumpai pada pasien dengan hipertensi emergensi terutama berkaitan dengan otak, jantung dan ginjal. Berbagai kerusakan organ target yang bisa dijumpai : hipertensi malignant dengan papiledema, berkaitan dengan cerebrovaskular (seperti Infark cerebral, intracerebral hemorrhage, subarachnoid hemorrhage), trauma kepala, berkaitan dengan kardial (seperti diseksi aorta akut, gagal jantung akut, infark miokard akut / mengancam), setelah operasi bedah pintas koroner (by pass coronary), berkaitan dengan ginjal (seperti glomerulonephritis akut, hipertensi renovaskular, krisis renal akibat penyakit kolagen – vascular dan hipertensi berat setelah transpalntasi ginjal), berkaitan dengan kadar katekolamin yang berlebihan(seperti krisis feokromositoma, interaksi antara makanan atau obat – obatan dengan monoamine oxidase inhibitor, pemakaian obat simpatomimetik (kokain), rebound hipertensi akibat penghentian mendadak obat – obat antihipertensi dan hiperrefleksia automatic setelah cedera tulang belakang), preeklamsi / eklamsi, berkaitan dengan pembedahan (seperti hipertensi berat pada pasien yang memerlukan operasi segera, hipertensi pasca operasi, perdarahan pasca operasi), luka bakar yang luas / berat, epistaksis yang berat, purpura trombotik trombositopenia (Varon & Marik, 2003).

Klasifikasi Hipertensi :

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas (Darmojo, 1999):

- a. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Sedangkan klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

- a. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya
- b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain

Menurut Nurarif (2015) secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan menjadi:

NO	KATEGORI	SISTOLIK	DIASTOLIK
1.	Optimal	< 120	< 80
2.	Normal	120 - 129	80 - 90
3.	High normal	130-139	85-89
4.	Hipertensi		
5.	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
6.	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
7.	Grade 3 (berat)	180-209	110-119
8.	Grade 4 (sangat berat)	>210	> 120

(Tabel 1. Derajat Hipertensi)

5. Penatalaksanaan

a. Hipertensi Urgensi

Penatalaksanaan Umum

Manajemen penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi urgensi tidak membutuhkan obat-obatan parenteral. Pemberian obat-obatan oral aksi cepat akan memberi manfaat untuk menurunkan tekanan darah dalam 24 jam awal (*Mean Arterial Pressure* (MAP) dapat diturunkan tidak lebih dari 25%). Pada fase awal goal standar penurunan tekanan darah dapat diturunkan sampai 160/110 mmHg.

Penggunaan obat-obatan anti-hipertensi parenteral mau oral bukan tanpa resiko dalam menurunkan tekanan darah. Pemberian loading dose obat oral anti hipertensi dapat menimbulkan efek akumulasi dan pasien akan mengalami hipotensi saat pulang ke rumah. Optimalisasi penggunaan kombinasi obat oral merupakan pilihan terapi untuk pasien dengan hipertensi urgensi.

Obat – obat spesifik untuk hipertensi urgensi.

- a) Captopril adalah golongan *angiotensin-converting enzyme* (ACE) *inhibitor* dengan onset mulai 15 – 30 menit. Captopril dapat diberikan 25 mg sebagai dosis awal kemudian tingkatkan dosisnya 50 – 100 mg setelah 90 – 120 menit kemudian. Efek yang sering terjadi yaitu batuk, hipotensi,

hiperkalemia, angioedema, dan gagal ginjal (khusus pada pasien dengan stenosis pada arteri renal bilateral).

- b) Nifedipine adalah golongan *calcium channel blocker* yang sering digunakan pada pasien dengan hipertensi urgensi. Penggunaan dosis oral biasanya 30 mg dan dapat diulang setiap 8 jam hingga tercapai tekanan darah yang diinginkan. Efek samping yang sering terjadi seperti palpitasi, berkeringat dan sakit kepala.
- c) Labetolol adalah gabungan antara α_1 dan β -adrenergic blocking dan memiliki waktu kerja mulai antara 1 – 2 jam. Dalam penelitian labetolol memiliki *dose range* yang sangat lebar sehingga menyulitkan dalam penentuan dosis. Penelitian secara random pada 36 pasien, setiap group ada yang diberikan dosis 100, 200 dan 300 mg secara oral dan menghasilkan penurunan tekan darah sistolik dan diastolik secara signifikan. Secara umum labetolol dapat diberikan mulai dari dosis 200 mg secara oral dan dapat diulangi setiap 3 – 4 jam kemudian. Efek samping yang sering muncul adalah mual dan sakit kepala.
- d) Clonidin adalah obat-obatan golongan simpatolitik sentral (α_2 -adrenergic receptor agonist) yang memiliki onset kerja antara 15 – 30 menit dan puncaknya antara 2 – 4 jam. Dosis awal bisa diberikan 0,1 – 0,2 mg kemudian berikan 0,05 – 0,1 setiap jam sampai tercapainya tekanan darah yang diinginkan, dosis maksimal adalah 0,7 mg. efek samping yang sering terjadi adalah sedasi, mulut kering dan hipotensi ortostatik.
- e) Nifedipine adalah golongan *calcium channel blocker* yang memiliki waktu kerja antara 10 – 20 menit. Nifedipine kerja cepat tidak dianjurkan oleh FDA untuk terapi hipertensi urgensi kerana dapat menurunkan tekanan darah yang mendadak dan tidak dapat diperidisikan sehingga berhubungan dengan kejadian strok. Pada tahun 1995 National Heart, Lung, and Blood Institute meninjau kembali bukti keamanan tentang penggunaan obat golongan Ca channel blocker terutama nifedipine kerja cepat harus digunakan secara hati-hati terutama pada penggunaan dosis besar untuk terapi hipertensi.

b. Hipertensi Emergensi

1. Penatalaksanaan Umum.

Terapi hipertensi emergensi harus disesuaikan setiap individu tergantung pada kerusakan organ target. Manajemen tekanan darah dilakukan dengan obat-obatan parenteral secara tepat dan cepat. Pasien harus berada di dalam

ruangan ICU agar monitoring tekanan darah bisa dikontrol dengan pemantauan yang tepat. Tingkat ideal penurunan tekanan darah masih belum jelas, tetapi *Penurunan Mean Arterial Pressure (MAP) 10%* selama 1 jam awal dan 15% pada 2 – 3 jam berikutnya. Penurunan tekanan darah secara cepat dan berlebihan akan mengakibatkan jantung dan pembuluh darah otak mengalami hipoperfusi.

Penatalaksanaan khusus untuk hipertensi emergensi.

Neurologic emergency. Kegawat daruratan neurologi sering terjadi pada hipertensi emergensi seperti *hypertensive encephalopathy*, perdarahan intrakranial dan stroke iskemik akut. *American Heart Association* merekomendasikan penurunan tekanan darah > 180/105 mmHg pada hipertensi dengan perdarahan intrakranial dan MAP harus dipertahankan di bawah 130 mmHg. Pada pasien dengan stroke iskemik tekanan darah harus dipantau secara hati-hati 1 – 2 jam awal untuk menentukan apakah tekanan darah akan menurun secara spontan. Secara terus-menerus MAP dipertahankan > 130 mmHg.

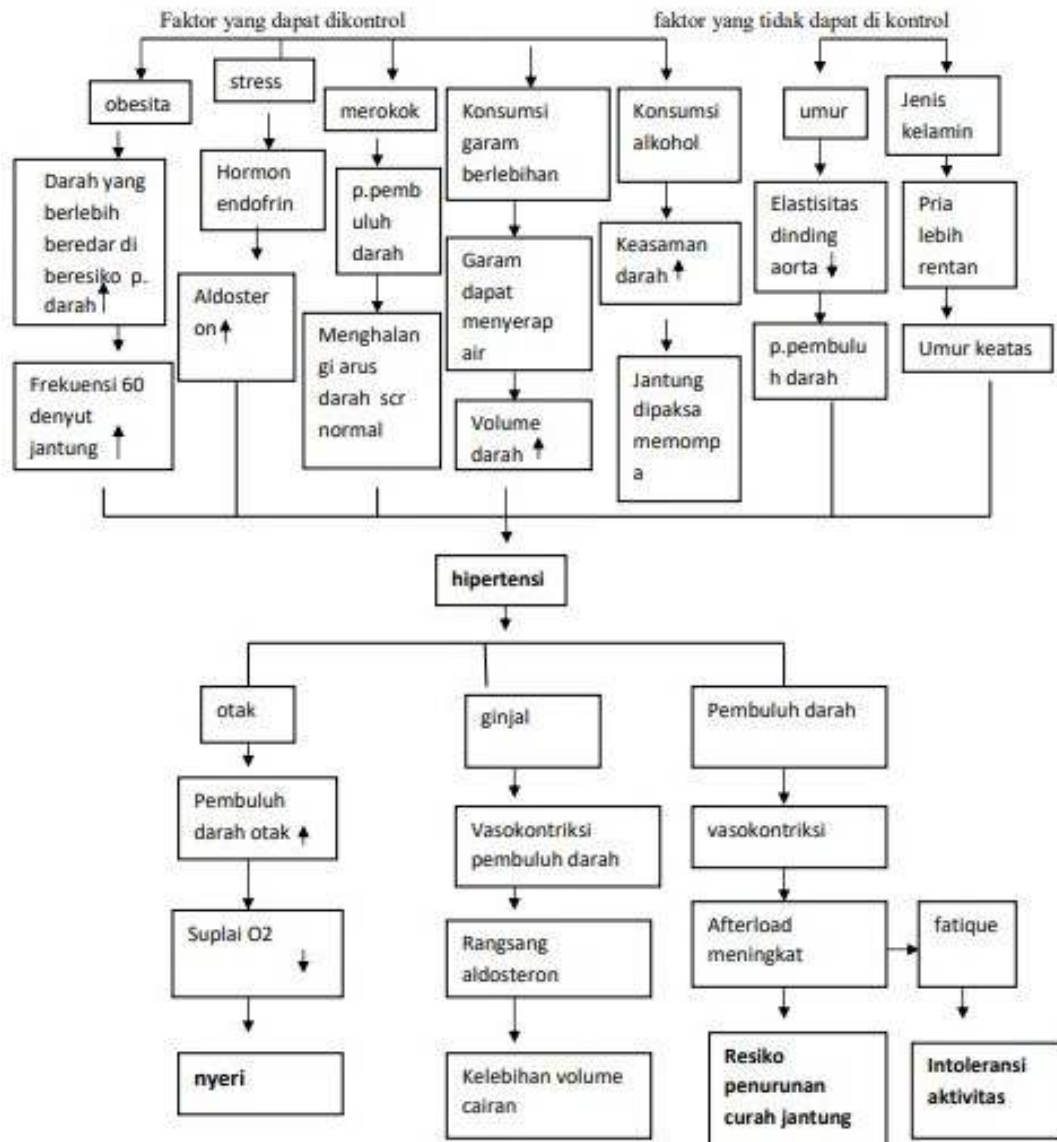
1. *Cardiac emergency.* Kegawat daruratan yang utama pada jantung seperti iskemik akut pada otot jantung, edema paru dan diseksi aorta. Pasien dengan hipertensi emergensi yang melibatkan iskemik pada otot jantung dapat diberikan terapi dengan nitroglycerin. Pada studi yang telah dilakukan, bahwa nitroglycerin terbukti dapat meningkatkan aliran darah pada arteri koroner. Pada keadaan diseksi aorta akut pemberian obat-obatan β -blocker (labetalol dan esmolol) secara IV dapat diberikan pada terapi awal, kemudian dapat dilanjutkan dengan obat-obatan vasodilatasi seperti nitroprusside. Obat-obatan tersebut dapat menurunkan tekanan darah sampai target tekan darah yang diinginkan (TD sistolik > 120 mmHg) dalam waktu 20 menit.
2. *Kidney failure. Acute kidney injury* bisa disebabkan oleh atau merupakan konsekuensi dari hipertensi emergensi. *Acute kidney injury* ditandai dengan proteinuria, hematuria, oligouria dan atau anuria. Terapi yang diberikan masih kontroversi, namun nitroprusside IV telah digunakan secara luas namun nitroprusside sendiri dapat menyebabkan keracunan sianida atau tiosianat. Pemberian fenoldopam secara parenteral dapat menghindari potensi keracunan sianida akibat dari pemberian nitroprusside dalam terapi gagal ginjal.

3. *Hyperadrenergic states*. Hipertensi emergensi dapat disebabkan karena pengaruh obat – obatan seperti katekolamin, klonidin dan penghambat monoamin oksidase. Pasien dengan kelebihan zat-zat katekolamin seperti *pheochromocytoma*, kokain atau *amphetamine* dapat menyebabkan over dosis. Penghambat monoamin oksidase dapat mencetuskan timbulnya hipertensi atau klonidin yang dapat menimbulkan sindrom withdrawal. Pada orang – orang dengan kelebihan zat seperti *pheochromocytoma*, tekanan darah dapat dikontrol dengan pemberian sodium nitroprussid (vasodilator arteri) atau phentolamine IV (*ganglion-blocking agent*). Golongan β -blockers dapat diberikan sebagai tambahan sampai tekanan darah yang diinginkan tercapai. Hipertensi yang dicetuskan oleh klonidin terapi yang terbaik adalah dengan memberikan kembali klonidin sebagai dosis inisial dan dengan penambahan obat-obatan anti-hipertensi yang telah dijelaskan di atas.

Contoh: Hidroklorotiazid (HCT) (Corwin, 2001; Adib, 2009; Muttaqin, 2009).

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathway



(Sumber : Smeltzer and Bone 2014)

2. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Hal-hal yang perlu dikaji pada bagian ini yaitu antara lain: Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Agama, Status Mental, Suku, Keluarga/orang terdekat, alamat, nomor registrasi.

2. Pengkajian Primer

1) Airway

- a. yakinkan kepatenan jalan napas
- b. berikan alat bantu napas jika perlu (guedel atau nasopharyngeal)
- c. jika terjadi penurunan fungsi pernapasan segera kontak ahli anestesi dan bawa segera mungkin ke ICU

2) **Breathing**

- a. kaji saturasi oksigen dengan menggunakan pulse oximeter, untuk mempertahankan saturasi > 92%.
- b. Berikan oksigen dengan aliran tinggi melalui non re-breath mask.
- c. Pertimbangkan untuk mendapatkan pernapasan dengan menggunakan bag-valve-mask ventilation
- d. Lakukan pemeriksaan gas darah arterial untuk mengkaji PaO₂ dan PaCO₂
- e. Kaji jumlah pernapasan / Auskultasi pernapasan
- f. Lakukan pemeriksaan system pernapasan
- g. Dengarkan adanya bunyi krakles / Mengi yang mengindikasikan kongesti paru

3) **Circulation**

- a) Kaji heart rate dan ritme, kemungkinan terdengar suara gallop
- b) Kaji peningkatan JVP
- c) Monitoring tekanan darah
- d) Pemeriksaan EKG mungkin menunjukkan:
 - a) Sinus tachikardi
 - b) Adanya Suara terdengar jelas pada S4 dan S3
 - c) right bundle branch block (RBBB)
 - d) right axis deviation (RAD)
 - e) Lakukan IV akses dekstrore 5%
 - f) Pasang Kateter
 - g) Lakukan pemeriksaan darah lengkap
 - h) Jika ada kemungkina KP berikan Nifedipin Sublingual
 - i) Jika pasien mengalami Syok berikan secara bolus Diazoksid, Nitroprusid

4) **Disability**

- a. Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan AVP.

- b. Penurunan kesadaran menunjukkan tanda awal pasien masuk kondisi ekstim dan membutuhkan pertolongan medis segera dan membutuhkan perawatan di ICU.

5) **Exposure**

- a. Selalu mengkaji dengan menggunakan test kemungkinan KP
- b. Jika pasien stabil lakukan pemeriksaan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik lainnya.
- c. Jangan lupa pemeriksaan untuk tanda gagal jantung kronik

3. Dasar data pengkajian

1) Riwayat atau adanya factor resiko

- a. Riwayat garis keluarga tentang hipertensi
- b. Penggunaan obat yang memicu hipertensi

2) Aktivitas / istirahat

- a. Kelemahan,letih,napas pendek,gaya hidup monoton.
- b. Frekuensi jantung meningkat
- c. Perubahan irama jantung
- d. Takipnea

3) Integritas ego

- a. Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria atau marah kronik.
- b. Faktor faktor stress multiple (hubungan, keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan).

4) Makanan dan cairan

- a. Makanan yang disukai, dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti makanan yang digoreng,keju,telur) gula-gula yang berwarna hitam, kandungan tinggi kalori.
- b. Mual, muntah.
- c. Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat atau menurun).

5) Nyeri atau ketidak nyamanan

- a. Angina (penyakit arteri koroner /keterlibatan jantung)
- b. Nyeri hilang timbul pada tungkai.
- c. Sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya.
- d. Nyeri abdomen.

(Dongoes Marilyn E, 2000)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah (Carpenito dalam Yusuf dkk. 2015).

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (iskemia). Intervensi pada nyeri akut yaitu manajemen nyeri antara lain identifikasi nyeri dengan PQRST, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis (terapi relaksasi otot progresif), dan kolaborasi pemberian analgetik (DPP PPNI, 2017)

Definisi nyeri : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (SDKI Edisi I 2017)

Penyebab nyeri : 1) agen pencedera fisiologis, 2) agen pencedera kimiawi, 3) agen pencedera fisik. (SDKI Edisi I 2017)

Untuk dapat mengangkat diagnosis nyeri akut, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif :

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala Minor :

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

- Tekanan darah meningkat
- Pola nafas berubah
- Nafsu makan berubah

- Proses berfikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

Bila minimal 80% dari data diatas tidak tampak pada pasien, maka harus melihat kemungkinan masalah lain pada daftar diagnosis keperawatan, atau diagnosis keperawatan lain yang masuk dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan (SDKI Edisi 1 2017)

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi/ perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan ini memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga klien dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami oleh klien (Asmadi, 2008).

Nursalam (2008) menyebutkan standar dalam pendokumentasian perencanaan keperawatan adalah berdasarkan diagnosa keperawatan, disusun menurut urutan prioritas, rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas serta menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga dan fokus intervensi. Sedangkan LPSP adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri dari kondisi pasien, masalah keperawatan pasien, tujuan, tindakan dan strategi pelaksanaan (Yusuf, dkk. 2015).

Stratrgi pelaksanaan tindakan mengatasi nyeri (SIKI 2017) antara lain:

Manajemen nyeri :

Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik :

- a. Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

- b. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian analgetik

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Carpenito dalam Yusuf, dkk. 2015). Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) (Yusufdkk. 2015).

Tehnik relaksasi otot progresif merupakan terapi yang terfokus untuk mempertahankan kondisi relaksasi yang dalam yang melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot mulai dari kaki kearah atas atau dari kepala ke arah bawah, dengan cara ini maka akan disadari dimana otot itu akan berada dan dalam hal ini akan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh (Murniati, ririn isma, 2020).

Tehnik relaksasi otot progresif dapat mengurangi nyeri, kecemasan dan depresi, meningkatkan kualitas tidur, mengurangi kelelahan dan mengurangi nyeri (Kobayashi, S., & Koitabashi, 2016). Sehingga tehnik ini merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat diberikan untuk membantu mengendalikan dan mengurangi nyeri. Dengan demikian tujuannya adalah untuk mengetahui Tehnik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri kepala pada penderita hipertensi.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan dan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada klien. Menurut Keliat (2014),

Menurut Poer. (2012), proses evaluasi dibagi menjadi 2 tahap yaitu:

- a. Evaluasi Formatif (Merefleksikan observasi perawat dan analisis terhadap klien terhadap respon langsung pada intervensi keperawatan)
- b. Evaluasi Sumatif (Merefleksikan rekapitulasi dan sinopsis analisis mengenai status kesehatan klien terhadap waktu)

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Definisi terapi relaksasi progresif

Terapi relaksasi progresif adalah kegiatan untuk memusatkan suatu perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang, kemudian memanfaatkan suatu teknik relaksasi untuk menurunkan ketegangan dan mendapatkan perasaan rileks (Ghufoin & Rini, 2014). Hal yang senada juga disampaikan oleh Potter & Perry (2006) bahwa relaksasi progresif adalah kombinasi yang harmonis antara latihan pernapasan yang terkontrol dengan rangkaian kontraksi serta relaksasi otot. Selain itu Davis (2008) mengungkapkan juga bahwa relaksasi progresif adalah teknik relaksasi otot yang dalam yang memerlukan konsentrasi, imajinasi dan sugesti

2. Tujuan

Teknik relaksasi otot progresif meliputi suatu latihan peregangan otot dan olah pernapasan yang dilakukan untuk menghasilkan respon yang dapat memerangi respon stres dan menurunkan aktifitas saraf simpatis sehingga dapat menurunkan tekanan darah. (Smeltzer & Bare, 2016).Berbagai cara dilakukan oleh pakar dan praktisi kesehatan dalam upaya mengurangi nyeri kepala pada pasien hipertensi. Salah satu metode pengurangan nyeri kepala dengan cara non-farmakologi yaitu dengan metode relaksasi progresif. Teknik relaksasi progresif merupakan salah satu terapi relaksasi yang mampu membuat tubuh menjadi lebih tenang dan harmonis, serta mampu memberdayakan tubuhnya untuk mengatasi gangguan yang menyerangnya. Teknik relaksasi progresif merupakan suatu teknik untuk melakukan relaksasi progresif, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Mardhani, 2016)

Menurut Herodes (2010), Alim (2009) dan potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah :

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik
- b. Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak

memfokus perhatian seperti relaks

- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi
 - e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stre
 - f. Mengatasi imsomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan
 - g. Membangun emosi positif dan emosi negatif
3. Prosedur
- a. Persiapan
Persiapan alat dan lingkungan
 - b. Prosedur
 - 1) Gerakan 1 : Ditunjukkan untuk melatih otot tangan
 - a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan
 - b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi
 - c) Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik
 - d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami
 - e) Lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan
 - 2) Gerakan 2 : ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang
 - a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang
 - b) Jari-jari menghadap kelangit-langit
 - 3) Gerakan 3 : ditunjukkan untuk melatih otot biseps (oto besar pada bagian atas pangkal lengan)
 - a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan
 - b) Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang
 - 4) Gerakan 4 : Ditunjukkan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
 - a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
 - b) Fokuskan perhatian gerakan pada kontrak ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas, dan leher.
 - 5) Gerakan 5 dan 6: ditunjukkan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang dan mulut).

- a) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput.
 - b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata. 6.
- 6) Gerakan 7 : Ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang. 7.
- 7) Gerakan 8 : Ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut. 8.
- 8) Gerakan 9 : Ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
- a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.
 - b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
 - c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas.
- 9) Gerakan 10 : Ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.
- a) Gerakan membawa kepala ke muka.
 - b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
- 10) Gerakan 11 : Ditujukan untuk melatih otot punggung
- a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
 - b) Punggung dilengkungkan
 - c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
 - d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus.
- 11) Gerakan 12 : Ditujukan untuk melemaskan otot dada.
- a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak banyaknya.
 - b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
 - c) Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.

12) Gerakan 13 : Ditujukan untuk melatih otot perut

- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.

13) Gerakan 14-15 : Ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).

- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang
- b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas. d) Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

Artikel dan Jurnal pendukung

NO	PENULIS	JUDUL	JENIS DAN DESAIN PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN DAN POPULASI	HASIL
1	Richa Jannet Ferdisa (2021)	Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif	Studi kasus menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus penerapan Evidence Based Nursing Practice yaitu terapi otot progresif terhadap nyeri kepala	Jumlah sampel sebanyak 2 orang pasien dengan hipertensi dengan kriteria yang sudah ditentukan yaitu skala nyeri 2-5. Pengukuran yang digunakan hingga pengukuran skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS).	Hasil studi kasus antara kedua pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi terapi otot progresif menunjukkan penurunan. Hal ini dibuktikan dengan pasien pertama dari skala 4 menjadi 2 dan pasien kedua dari skala 5 menjadi 2. Terapi relaksasi yang dapat menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi. Mekanismenya relaksasi otot progresif dapat meningkatkan ventilasi paru, meningkatkan oksigenasi darah, menurunkan tekanan otot, dan mengurangi sakit kepala tegang.
2	Sisi Puji Astuti (2023)	Manajemen nyeri pada pasien cephalgia menggunakan terapi	Subjek studi berjumlah 2 orang pasien yang didapatkan melalui	Pasien diberikan intervensi relaksasi otot progresive 10 menit selama 3 hari berturut-turut.	Hasil penerapan relaksasi otot progresif kepada pasien cephalgia mampu menurunkan skala nyeri pasien dengan rata-rata penurunan sebesar 1 poin setiap

		relaksasi otot progresif	random sampling		hari. Sehingga dengan pengelolaan pasien selama 3 hari mampu menurunkan nyeri pasien sampai 3 poin. Pasien mengalami penurunan skala nyeri setelah diberikan terapi tersebut dan menunjukkan tanda objektif tampak rileks. Proses pemberian intervensi relaksasi otot progresive dapat menurunkan skala nyeri pada kasus cephalgia. Tindakan relaksasi otot progresif ini dapat dipergunakan oleh perawat dalam mengelola nyeri pasien cephalgia
3	Budi Saputra (2022)	Penerapan Terapi Relaksasi Progresif Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Pada Keluarga Dengan Hipertensi	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus.	Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode observasi, metode wawancara, metode pengukuran, format pengkajian keperawatan keluarga, tensimeter, stetoskop, termometer	Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang sama antara keduanya yaitu pada evaluasi terakhir dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 3 (nyeri ringan). Kesimpulan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara penerapan terapi relaksasi progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada klien hipertensi. Disarankan untuk menerapkan

					asuhan keperawatan tentang penerapan terapi relaksasi progresif sebagai salah satu tindakan untuk mengurangi nyeri pada klien hipertensi.
--	--	--	--	--	---