

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Hipertensi dan Nyeri Akut

1. Konsep Hipertensi

a. Definisi hipertensi

Hipertensi merupakan kondisi di mana tekanan darah sistolik mencapai atau melebihi 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik mencapai atau melebihi 90 mmHg. Seseorang dengan tekanan darah 130/80 mmHg dikategorikan sebagai pre-hipertensi, yang memerlukan pemantauan dan penanganan sedini mungkin guna mencegah berkembangnya kondisi menjadi hipertensi. (Sastroasmoro, 2019)

Menurut World Health Organization (WHO), seseorang dikatakan mengalami hipertensi apabila tekanan darah sistolik yakni tekanan saat jantung memompa darah—melebihi 140 mmHg, atau tekanan diastolik yaitu tekanan saat jantung dalam kondisi istirahat antara detakan melebihi 90 mmHg. Hipertensi termasuk kondisi yang serius karena dapat memperbesar risiko terjadinya penyakit jantung, stroke, gagal ginjal, serta berbagai gangguan kesehatan lainnya. (World Health Organization (WHO), 2023)

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah berada di atas batas normal, yaitu melebihi 120/80 mmHg.

b. Penyebab Hipertensi

Berdasarkan penyebab Hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu:

1) Hipertensi primer / essential

Penyebab dari Hipertensi Primer belum diketahui tetapi ada faktor yang ada seperti:

- a) Usia
- b) Stress Psikologis
- c) Riwayat Keluarga
- d) Mengonsumsi garam berlebih
- e) Mengonsumsi alkohol dan kafein berlebih
- f) Merokok
- g) Gangguan tidur

2) Hipertensi sekunder

Penyebab dari Hipertensi Sekunder dapat disebabkan oleh penyakit tertentu seperti:

- a) Penyakit ginjal
- b) Penyakit kelenjar tiroid dan paratiroid
- c) Sleep Apnea
- d) Penyakit pembuluh darah di Aorta (Umeda *et al.*, 2020)
- e) Obesitas
- f) Mengonsumsi obat – obatan (Umeda *et al.*, 2020)

c. Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi sering kali tidak menunjukkan tanda atau gejala, dan biasanya baru terdeteksi setelah menimbulkan komplikasi. Untuk mendeteksinya, dilakukan skrining atau pasien mencari perawatan medis setelah mengalami masalah kesehatan. Gejala yang mungkin muncul meliputi:

- 1) Sakit kepala di bagian belakang
- 2) Nyeri pada tengkuk
- 3) Tinnitus (dengungan di telinga)
- 4) Penglihatan kabur
- 5) Jantung berdebar
- 6) Pucat
- 7) Keringat berlebih
- 8) Sesak napas

Beberapa tanda dan gejala tambahan dapat mengindikasikan hipertensi sekunder, yang disebabkan oleh kondisi yang jelas seperti penyakit ginjal atau gangguan endokrin. Contohnya, obesitas, intoleransi glukosa, wajah membulat (moon face), punuk lemak di punggung atas (buffalo hump), serta stretch mark berwarna ungu menunjukkan adanya sindrom Cushing. (Kurnia, 2021).

d. Klasifikasi Hipertensi

Adapun klasifikasi dari Hipertensi berdasarkan guidelines terbaru yaitu dari ESC/ESH 2018 dan ISH/INASH

Tabel 1
Klasifikasi Hipertensi menurut ESC/ESH 2018

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	2	3
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal Tinggi	130 – 139	85 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensi Derajat 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	< 90

Tabel 2
Klasifikasi Hipertensi menurut ISH/INASH

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	2	3
Normal	< 130	< 85
Normal Tinggi	130 – 139	85 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	≥ 100

e. Patofisiologi Hipertensi

Penyebab hipertensi (tekanan darah tinggi) sangat kompleks dan saling berkaitan antara berbagai faktor. Hipertensi terjadi karena gangguan dalam mengatur kontraksi dan pelepasan pembuluh darah, yang dikendalikan oleh bagian otak bernama medula (tepatnya di pusat vasomotor). Otak mengirimkan sinyal melalui saraf simpatis ke bagian tertentu dari sistem saraf, yang kemudian melepaskan zat kimia bernama asetilkolin. Zat ini merangsang saraf untuk melepaskan norepinefrin ke dalam darah, yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi). Pada penderita hipertensi, tubuh menjadi lebih sensitif terhadap norepinefrin, sehingga pembuluh darah lebih mudah menyempit.

Selain itu, saraf simpatis juga langsung memengaruhi pembuluh darah, dan dalam proses ini, kelenjar adrenal juga aktif, memperkuat penyempitan pembuluh darah.

Ginjal juga berperan penting. Ginjal melepaskan enzim bernama renin saat tekanan darah turun, saat saraf simpatis aktif, atau saat kadar natrium (garam) rendah di ginjal. Renin ini membantu membentuk zat bernama angiotensin II, yang menyebabkan pembuluh darah menyempit dan merangsang kelenjar adrenal untuk

mengeluarkan hormon aldosteron. Hormon ini membuat tubuh menahan lebih banyak garam dan air, sehingga volume darah meningkat. Semua proses ini menyebabkan tekanan darah naik.

Secara keseluruhan, berbagai faktor yang berperan dalam terjadinya hipertensi antara lain zat kimia dalam tubuh, keadaan pembuluh darah, volume darah, ukuran dan elastisitas pembuluh darah, kekentalan darah, kekuatan jantung memompa darah, dan pengaruh sistem saraf. (Pradono, Kusumawardani and Rachmalina, 2020).

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Agestin (Agestin, 2020) terdapat beberapa pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi antara lain :

1) Pemeriksaan laboratorium

Tes laboratorium pada pasien hipertensi biasanya mencakup pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit. Tujuannya adalah untuk menilai kekentalan darah (viskositas) dan mendeteksi faktor risiko seperti kecenderungan darah mudah membeku (hiperkoagulabilitas) atau anemia.

2) Elektrokardiografi (EKG)

Pemeriksaan EKG digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan jantung dan menilai risiko komplikasi kardiovaskular, seperti serangan jantung (infark miokard) atau gagal jantung, yang dapat dialami oleh penderita hipertensi.

3) Rontgen dada (Thoraks)

Rontgen thoraks berguna untuk melihat apakah terdapat penumpukan kalsium pada katup jantung, aorta, atau tanda-tanda pembesaran jantung yang dapat menjadi indikasi adanya gangguan akibat hipertensi

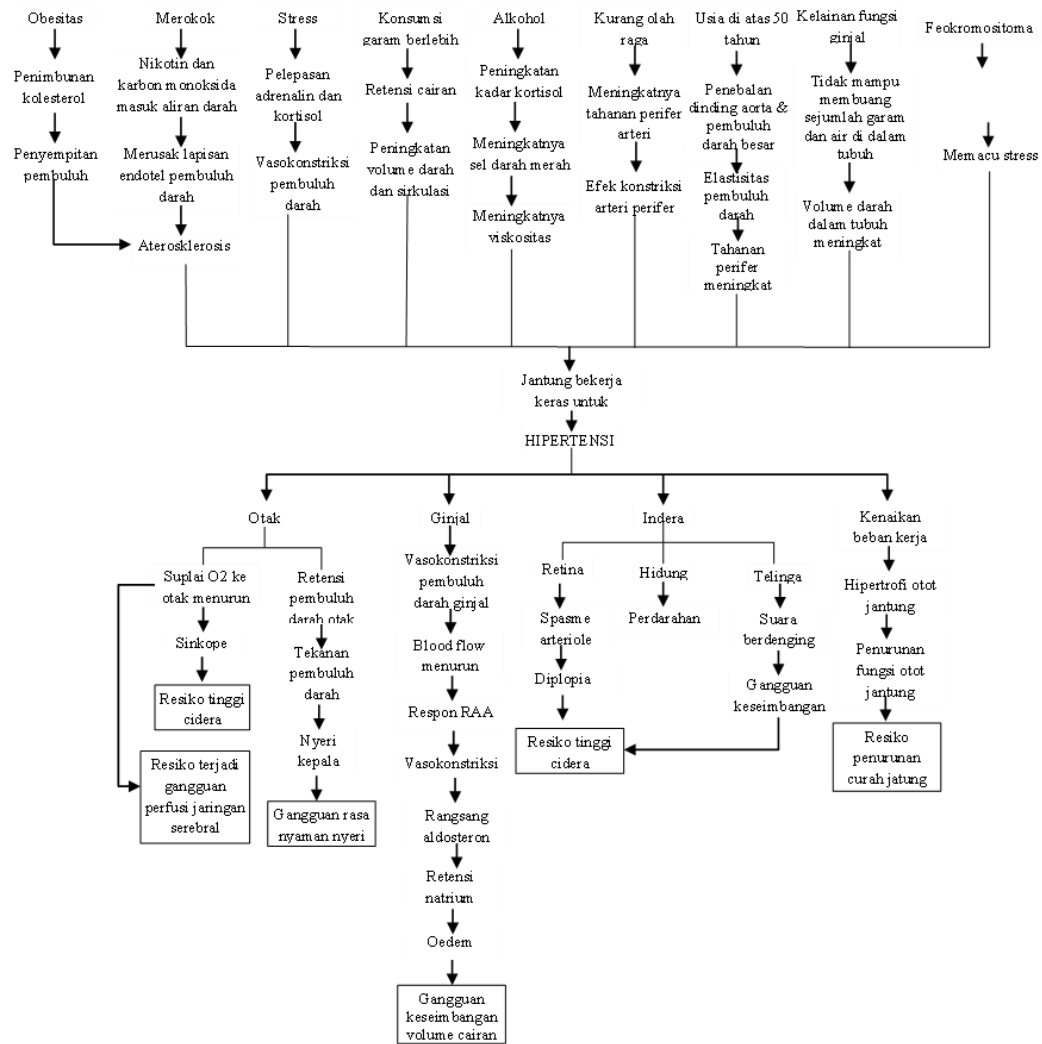
4) USG ginjal

Pemeriksaan USG ginjal bertujuan untuk mengidentifikasi kelainan seperti batu atau kista ginjal. Selain itu, USG juga dapat digunakan untuk memeriksa aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal.

5) CT scan kepala

CT scan kepala dilakukan untuk mengevaluasi kondisi pembuluh darah otak. Pada penderita hipertensi, risiko penyumbatan pembuluh darah otak meningkat, yang bisa menghambat suplai darah dan oksigen ke otak. Bila terjadi pecah pembuluh darah atau suplai darah terganggu, stroke dapat terjadi. Karena stroke bisa menyebabkan kelumpuhan atau gangguan fungsi tubuh lainnya, CT scan menjadi pemeriksaan penting pada pasien hipertensi.

g. Pohon Masalah



Gambar 1
Pathway Hipertensi

h. Manifestasi Klinis

Pada kebanyakan kasus, hipertensi tidak menunjukkan gejala. Namun, beberapa gejala sering kali muncul secara kebetulan dan dianggap berkaitan dengan tekanan darah tinggi, meskipun sebenarnya tidak demikian. Gejala tersebut meliputi sakit kepala, mimisan, pusing, wajah memerah, dan kelelahan, yang bisa dialami baik oleh penderita hipertensi maupun orang dengan tekanan darah normal. Jika hipertensi parah atau kronis dan tidak ditangani, gejala seperti berikut dapat muncul:

- 1) Sakit kepala
- 2) Kelelahan
- 3) Mual
- 4) Muntah
- 5) Sesak napas
- 6) Gelisah

Pandangan yang kabur juga bisa terjadi akibat kerusakan pada otak, mata, jantung, atau ginjal. Dalam beberapa kasus hipertensi berat, penderita dapat mengalami penurunan kesadaran hingga koma akibat pembengkakan otak, yang disebut sebagai ensefalopati hipertensif dan membutuhkan penanganan segera.

Penyakit tekanan darah tinggi adalah kondisi yang bisa berlangsung seumur hidup. Namun, penderita dapat menjalani kehidupan normal seperti orang sehat asalkan tekanan darahnya dikelola dengan baik. Di sisi lain, individu yang masih muda dan sehat perlu memantau tekanan darah mereka setidaknya sekali setahun.

Hal ini menjadi lebih penting bagi mereka yang memiliki faktor risiko hipertensi, seperti kelebihan berat badan, diabetes, penyakit jantung, riwayat keluarga dengan hipertensi, ibu hamil yang mengonsumsi pil kontrasepsi, perokok,

atau mereka yang pernah mengalami sedikit peningkatan tekanan darah. Pemantauan rutin ini penting karena deteksi dini memungkinkan pengendalian hipertensi dilakukan lebih awal. (Manuntung, 2019)

i. Penatalaksanaan hipertensi

1) Modifikasi gaya hidup

Intervensi awal melibatkan perubahan gaya hidup yang dilakukan secara konsisten, bersamaan dengan konsumsi obat antihipertensi. Perubahan gaya hidup ini mencakup penyesuaian pola makan dan peningkatan aktivitas fisik.

a) Diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

Diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) adalah pola makan sehat yang bertujuan untuk membantu mencegah dan mengelola tekanan darah tinggi seumur hidup. Pola makan ini dikembangkan dalam penelitian yang didukung oleh National Institutes of Health (NIH) sebagai cara menurunkan tekanan darah tanpa menggunakan obat-obatan.

Diet DASH menekankan pentingnya mengonsumsi banyak sayur, buah, produk susu rendah lemak, biji-bijian utuh, ikan, daging unggas, dan kacang-kacangan dalam porsi yang seimbang. Sementara itu, konsumsi makanan manis, minuman manis, dan daging merah dianjurkan untuk dikurangi. Diet ini juga membatasi asupan garam serta mendorong konsumsi makanan yang kaya akan nutrisi penting seperti kalium dan kalsium.

b) Aktivitas fisik

Beraktivitas fisik seperti berolah raga juga di anjurkan, baik itu latihan aerobik maupun latihan ketahanan juga membantu menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kesehatan jantung.

2) Pemantauan mandiri

Penderita hipertensi harus mampu melakukan pemeriksaan tekanan darahnya secara mandiri dan rutin agar dapat memantau kondisi kesehatannya.

3) Kepatuhan kunjungan

Kepatuhan pasien dalam melakukan kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan sangat penting, terutama bagi mereka yang belum mencapai target tekanan darah.

Kunjungan ini tidak hanya berguna untuk memantau respons terhadap pengobatan dan kepatuhan dalam mengonsumsi obat, tetapi juga untuk mengendalikan faktor risiko dan mencapai tujuan akhir pengobatan, yaitu mengurangi risiko komplikasi kardiovaskular.

Pemantauan tekanan darah sebaiknya dilakukan setidaknya sebulan sekali. Berdasarkan diagnosis dokter, alasan utama pasien tidak mengonsumsi obat adalah merasa sudah sembuh, dengan persentase mencapai 59,8% ini menunjukkan obat antihipertensi perlu dikonsumsi secara rutin setiap hari sesuai petunjuk dokter. (Lakhsmi, 2021)

2. Konsep Nyeri Akut

a. Definisi Nyeri

Menurut buku *Tata Laksana Nyeri* (Sastroasmoro, 2019), nyeri adalah pengalaman yang melibatkan sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan adanya atau kemungkinan terjadinya kerusakan jaringan.

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul segera setelah terjadi kerusakan atau ketika ada potensi kerusakan, yang dimulai dari rangsangan pada reseptor nyeri.

Penanganan nyeri akut harus dilakukan dengan cepat dan tepat, menggunakan teknik dan obat penghilang nyeri yang kuat, untuk mencegah komplikasi dan mengurangi penderitaan yang berat bagi pasien. (Sastroasmoro, 2019)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori, atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

b. Klasifikasi Nyeri

a) Berdasarkan durasi (waktu terjadinya)

(1) Nyeri akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai rasa nyeri yang dialami seseorang dalam rentang waktu beberapa detik hingga enam bulan. Biasanya, nyeri ini muncul secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera tertentu. Jika terdapat kerusakan jaringan, nyeri akut cenderung tidak berlangsung lama dan tidak berhubungan dengan penyakit sistemik. Seiring dengan proses penyembuhan, intensitas nyeri ini biasanya berkurang. Beberapa literatur lain menyebutkan bahwa nyeri akut memiliki durasi kurang dari 12 minggu. Sementara itu, nyeri yang terjadi antara 6 hingga 12 minggu disebut sebagai nyeri akut, sedangkan nyeri yang berlangsung lebih dari 12 minggu dikategorikan sebagai nyeri kronis.

(2) Nyeri kronis

Nyeri kronis biasanya diartikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih. Nyeri ini bisa terus-menerus atau datang dan pergi dalam periode waktu tertentu. Nyeri kronis sering kali tidak memiliki penyebab yang jelas dan sulit diobati karena seringkali tidak merespons pengobatan yang bertujuan

mengatasi penyebabnya.

b) Berdasarkan etiologi (penyebab timbulnya nyeri)

a) Nyeri nosiseptik

Nyeri nosiseptik terjadi karena adanya rangsangan mekanis yang mengaktifkan nosiseptor, yaitu saraf sensorik utama yang berfungsi mendeteksi dan mengirimkan sinyal nyeri. Ujung saraf nosiseptor sangat peka terhadap berbagai rangsangan, seperti tekanan mekanis, zat kimia, perubahan suhu, dan rangsangan listrik, yang dapat menimbulkan rasa nyeri. Nosiseptor ini banyak terdapat di jaringan di bawah kulit, otot, dan sendi.

b) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik terjadi akibat adanya gangguan atau kerusakan pada sistem saraf, baik karena lesi maupun disfungsi primer. Nyeri ini sering berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan sulit untuk ditangani. Salah satu contoh umum yang sering ditemui dalam praktik klinis adalah nyeri pasca-herpes serta nyeri akibat komplikasi diabetes (neuropati diabetik).

c) Nyeri inflamatorik

Nyeri inflamatorik muncul sebagai akibat dari proses peradangan (inflamasi). Dalam beberapa kasus, nyeri ini dikategorikan sebagai bagian dari nyeri nosiseptik. Salah satu contoh yang sering ditemukan dalam dunia medis adalah nyeri akibat osteoarthritis.

d) Nyeri campuran

Nyeri campuran adalah jenis nyeri yang tidak dapat diklasifikasikan secara jelas sebagai nosiseptik atau neuropatik. Nyeri ini bisa terjadi karena adanya rangsangan yang memengaruhi baik nosiseptor maupun sistem saraf. Contoh

kondisi yang sering dikaitkan dengan nyeri campuran adalah nyeri punggung bawah serta ischialgia yang disebabkan oleh Hernia Nukleus Pulposus (HNP).

c) Berdasarkan intensitasnya (tingkat keparahan nyeri)

a) Tidak nyeri

Merupakan kondisi di mana seseorang tidak merasakan atau mengeluhkan adanya rasa nyeri, sehingga dapat dikatakan bahwa individu tersebut bebas dari sensasi nyeri.

b) Nyeri ringan

Nyeri dengan intensitas rendah yang masih memungkinkan seseorang untuk berkomunikasi dengan baik serta menjalankan aktivitas sehari-hari tanpa gangguan yang berarti.

c) Nyeri sedang

Nyeri dengan intensitas yang lebih tinggi, mulai menimbulkan respons tubuh terhadap rasa sakit, dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari seseorang.

d) Nyeri berat

Nyeri dengan intensitas tinggi yang membuat penderitanya sulit menjalankan aktivitas normal. Nyeri ini juga dapat memengaruhi kondisi psikologis, menyebabkan perasaan marah, frustrasi, dan kesulitan dalam mengendalikan diri.

d) Berdasarkan lokasi (tempat terasa nyeri)

a) Nyeri somatik

Nyeri somatik terjadi akibat rangsangan pada nosiseptor, baik yang berada di permukaan (superfisial) maupun di dalam jaringan yang lebih dalam. Nyeri somatik superfisial muncul ketika nosiseptor di kulit, jaringan subkutan, atau mukosa mengalami rangsangan. Nyeri ini sering kali ditandai dengan sensasi berdenyut,

panas, atau tertusuk. Dalam beberapa kasus, nyeri ini juga dapat terjadi akibat rangsangan yang biasanya tidak menimbulkan rasa sakit (allodinia) atau menyebabkan peningkatan sensitivitas terhadap nyeri (hiperalgesia). Nyeri somatik superfisial bersifat konstan dan memiliki lokasi yang jelas. Contoh kondisi yang sering memicu nyeri ini adalah luka sayatan, goresan, serta luka bakar superfisial.

b) Nyeri visceral

Nyeri visceral terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada organ-organ yang dipersarafi oleh sistem saraf simpatis. Penyebabnya dapat berupa distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan mendadak pada kapsul organ (seperti hati), iskemia otot rangka, iritasi serosa atau mukosa, serta pembengkakan atau pemelintiran jaringan yang berdekatan dengan organ dalam peritoneum. Nyeri ini biasanya dirasakan sebagai sensasi yang dalam, tumpul, terasa seperti ditarik, diperas, atau ditekan. Salah satu bentuk nyeri visceral yang umum adalah nyeri alih (referred pain), di mana rasa nyeri dirasakan di lokasi yang berbeda dari sumber aslinya. (Pinzon, 2016)

c. Pengukuran skala nyeri

Menurut Pinzon (Pinzon, 2016), intensitas nyeri adalah aspek utama yang dinilai saat melakukan pengkajian nyeri. Memahami intensitas nyeri akan membantu tenaga kesehatan dalam mengelompokkan jenis nyeri dengan lebih mudah. Dua skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah:

- 1) Skala analog visual / Visual Analog Scale (VAS) merupakan skala satu dimensi yang digunakan untuk menilai tingkat intensitas nyeri, baik dalam penelitian maupun praktik klinis. Skala ini berbentuk garis kontinu, baik horizontal

maupun vertikal, dengan panjang sekitar 10 cm (100 mm). Pada ujung skala, terdapat dua titik ekstrem, yaitu 0 mm yang menandakan "tidak ada nyeri" dan 100 mm yang menunjukkan "nyeri terparah yang dapat dibayangkan". Skor VAS diisi oleh pasien dengan menunjuk satu titik pada garis antara 0 dan 100, skor VAS dikategorikan menjadi nyeri dengan intensitas rendah (0-44 mm), nyeri dengan intensitas sedang (45-67 mm), dan nyeri dengan intensitas tinggi (75-100 mm)

- 2) Skala penilaian numerik / numerik rating scale (NRS) adalah skala satu dimensi untuk mengukur intensitas nyeri dan merupakan versi numerik dari VAS, yang mewakili skala nyeri hingga 10, nilai-nilai NRS dapat dikomunikasikan secara verbal maupun visual skor NRS dikategorikan menjadi nyeri ringan (1-3), nyeri Sedang (4-6), dan nyeri berat (7-10).
- 3) Skala nyeri FPS (Faces Pain Scale), Untuk mengukur nyeri pada anak-anak, dapat digunakan skala wajah bayangan yang terdiri dari 6 gambar wajah. Wajah-wajah ini menunjukkan tingkat nyeri mulai dari angka 0, yang berarti "tidak sakit" (wajah tersenyum), hingga angka 10, yang berarti "nyeri sangat berat" (wajah menangis). Skala wajah ini biasanya direvisi agar sesuai dengan pengukuran skala 0-10, dengan enam wajah yang mewakili nilai 0, 2, 4, 6, 8, dan 10. Hal ini dilakukan agar hasil pengukuran konsisten dengan skala nyeri lain seperti Visual Analog Scale (VAS) dan Numeric Rating Scale (NRS).

3. Konsep Akupresur

a. Pengertian Terapi Akupresur

Akupresur berasal dari kata *accus* yaitu jarum dan *pressure*, yang berarti

menekan. Istilah ini dipakai untuk cara penyembuhan menggunakan teknik penekanan dengan jari pada titik – titik akupunktur sebagai pengganti penusukan jarum pada sistem penyembuhan akupunktur.

Akupresur merupakan suatu terapi dengan prinsip healing touch yang lebih menunjukkan caring, sehingga dapat memberikan perasaan tenang dan nyaman pada responden. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Berdasarkan pengertian diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa akupresur merupakan salah satu metode non-invasif yang dilakukan dengan cara memberi penekanan pada titik tertentu yang dapat mengurangi bahkan menghilangkan gejala penyakit yang dirasakan oleh seseorang.

b. Manfaat akupresur

Akupresur dapat digunakan sebagai metode pencegahan hipertensi, membantu proses pemulihan dan rehabilitasi, meredakan kecemasan, mengurangi nyeri, serta mencegah kambuhnya penyakit. Dalam tubuh manusia terdapat 12 meridian utama dan 2 meridian khusus yang berhubungan dengan organ-organ internal.

Dengan melakukan stimulasi pada titik-titik tertentu, energi vital (qi) dapat mengalir lebih lancar, sehingga keseimbangan tubuh tetap terjaga dan kesehatan meningkat. (Ferry Wong, 2011)

c. Teknik pemijatan akupresur

Teknik memijat terapi akupresur Teknik pijat akupresur adalah turunan dari ilmu akupunktur. Titik-titik yang digunakan sama seperti yang digunakan pada terapi akupunktur.

Menurut Sobari (2020) ada beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum melakukan pijat akupresur yaitu kondisi umum si penderita.

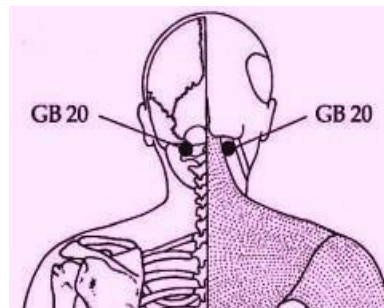
- 1) Pijat akupresur tidak boleh dilakukan terhadap orang yang :
 - a) Dalam keadaan yang terlalu lapar
 - b) Dalam keadaan terlalu kenyang.
 - c) Dalam keadaan terlalu emosional (marah, sedih, khawatir).
 - d) Dalam keadaan hamil muda.
- 2) Selain kondisi penderita, ruangan untuk terapi akupresur pun harus diperhatikan :
 - a) Suhu ruangan jangan terlalu panas atau terlalu dingin.
 - b) Sirkulasi udara baik, tidak terlalu pengap dan tidak melakukan pemijatan di ruang berasap.
 - c) Terapi bisa dilakukan dalam posisi duduk atau berbaring dengan tenang, tidak dalam keadaan tegang.
- 3) Cara memijat akupresur yaitu :
 - a) Cara pemijatan bisa dilakukan dengan :
 - (1) Pijatan bisa kita lakukan setelah menemukan titik meridian yang tepat, yaitu timbulnya reaksi pada titik pijat berupa rasa nyeri, linu atau pegal.
 - (2) Pijatan bisa dilakukan dengan menggunakan jari tangan (jempol dan jari telunjuk).
- 4) Lama dan banyaknya tekanan yaitu :
 - a) Pijatan untuk menguatkan (Yang), untuk kasus penyakit dingin, lemah, pucat/lesu, dapat dilakukan dengan maksimal 30 kali tekanan, untuk masing – masing titik dan pemutaran pemijatannya searah jarum jam.

- b) Pemijatan yang berfungsi melemahkan (Yin) untuk kasus penyakit panas, kuat, muka merah, berlebihan / hiper dapat dilakukan dengan minimal 50 kali tekanan dan cara pemijatannya berlawanan jarum jam.

d. Titik Akupresur

Titik akupresur utama untuk hipertensi adalah

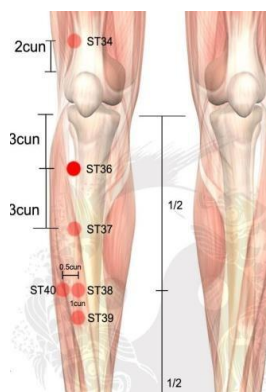
- 1) Titik GB 20 adalah pada lekukan kiri kanan di belakang kepala, 1 cun di atas batas rambut



Gambar 2. Titik GB 20

Indikasi : sakit kepala, gejala flu, kaku leher, nyeri bahu, mata merah, gangguan Bicara (gagap)

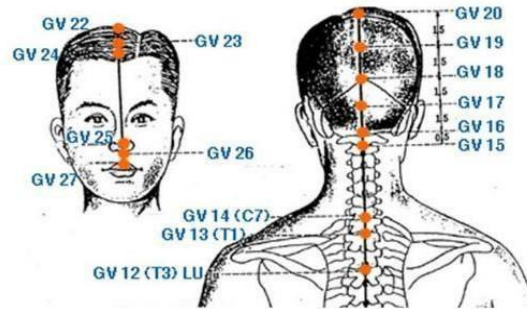
- 2) Titik ST 36 adalah titik yang berada pada 3 cun di bawah titik ST 36



Gambar 3. Titik ST 36

Indikasi : gangguan pencernaan karena dingin, sering lapar, kembung, nyeri lambung, sembelit, nyeri tenggorokan, nyeri lutut dan kaki, badan bengkak, meningkatnya daya tahan tubuh, nyeri kepala

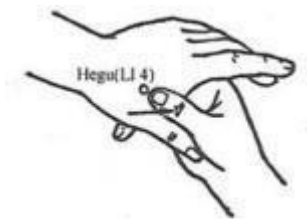
- 3) GV 20 berada pada 5 cun ke belakang dari batas rambut depan, letaknya di puncak kepala



Gambar 4. Titik GV 20

Indikasi : sakit kepala, sakit puncak kepala, ayun, pusing

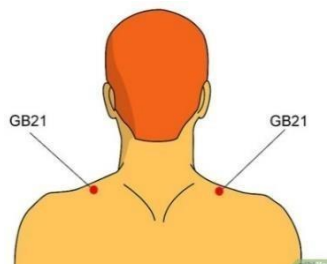
- 4) Titik LI 4 berada ketika telunjuk dan ibu jari dirapatkan, terdapat tonjolan tertinggi di punggung tangan di antara metacarpal 1 dan 2



Gambar 5. Titik LI 4

Indikasi : sakit kepala, sakit gigi, sakit perut, sembelit, mencret, nyeri haid

- 5) Titik GB 21 berada pada lekukan kiri dan kanan di belakang kepala, 1 cun di atas batas rambut



Gambar 6. Titik GB 21

Indikasi : nyeri kepala, vertigo, nyeri bahu, lengan tak dapat diangkat, hipertensi

- 6) Titik LR 3 berada di punggung kaki pada cekungan antara pertemuan tulang metatarsal satu dan dua



Gambar 7. Titik LR 3

Indikasi : nyeri kepala, pendarahan, nyeri daerah testis, nyeri iga, nyeri pinggang
(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

e. Prosedur Pemberian Terapi Akupresur

- 1) Persiapan Pasien : Pastikan identitas pasien, Kaji kondisi pasien terakhir, Beritahu dan jelaskan pada pasien atau keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan, Jaga privasi pasien, Posisikan pasien senyaman mungkin, Pasien sebaiknya dalam keadaan berbaring, duduk atau dalam posisi yang nyaman
- 2) Persiapan Alat: Alat bantu pemijatan, Sarung tangan (bila perlu), Alkohol swab, Krim lotion atau minyak, Handuk kecil
- 3) Cara Bekerja
 - (a) Tahap orientasi
 - (1) Berikan salam, panggil pasien dengan nama kesukaannya.
 - (2) Perkenalkan nama dan tanggung jawab perawat.
 - (3) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lama tindakannya pada pasien dan keluarga.
 - (4) Berikan kesempatan untuk pasien untuk bertanya sebelum terapi dilakukan
 - (b) Tahap kerja

- (1) Jaga privasi pasien dengan menutup tirai
 - (2) Atur posisi pasien dengan posisi terlentang (supinasi), duduk, duduk dengan tangan bertumpu dimeja, berbaring miring atau tengkurap, dan berikan alas.
 - (3) Bantu melepaskan pakaian pasien atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan akupresur.
 - (4) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bila perlu.
 - (5) Bersihkan kaki atau tangan pasien menggunakan alkohol, lalu keringkan dengan handuk.
 - (6) Oleskan krim atau minyak, lakukan teknik pemanasan.
 - (7) Cari titik-titik rangsangan akupresur untuk nyeri gastritis yang ada ditubuh, menekannya hingga masuk ke sistem saraf. Akupresur hanya memakai gerakan dan tekanan jari.
 - (8) Penekanan dilakukan sekitar 3-5 detik pada tiap titik meridian atau sampai rasa sakitnya mulai berkurang.
 - (9) Setelah semua selesai, bersihkan pasien dari sisa-sisa krim atau minyak menggunakan alkohol dan keringkan dengan handuk.
 - (10) Pemijat membersihkan atau mencuci tangan.
- 4) Terminasi
 - (a) Jelaskan pada pasien bahwa terapi sudah selesai dilakukan.
 - (b) Kaji respon pasien setelah dilakukan terapi.
 - (c) Rapikan pakaian pasien dan kembalikan ke posisi yang nyaman.
 - (d) Rapikan alat-alat.
 - 5) Hasil
 - (a) Evaluasi hasil kegiatan dan respon pasien setelah dilakukan tindakan.

- (b) Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya.
- (c) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik.
- (d) Cuci tangan.
- 6) Dokumentasi
 - (a) Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan.
 - (b) Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif).
 - (c) Dokumentasikan tindakan dalam bentuk SOAP.

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Nyeri Akut Akibat Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah salah satu bagian dari proses keperawatan, di mana perawat melakukan upaya untuk mengidentifikasi masalah pasien. Hal ini dilakukan dengan mengumpulkan data tentang kondisi kesehatan pasien secara sistematis, lengkap, tepat, ringkas, dan terus menerus. (Muttaqin and Sari, 2020).

Hal yang perlu dikaji pada pasien hipertensi yaitu:

- a. Data biografi, meliputi nama, jenis kelamin, alamat, umur, pekerjaan, status, agama, riwayat pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis.
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama

Pada pasien hipertensi ditemukan keluhan utama adanya pusing yang hebat, bangun tidur dengan sakit kepala.

- 2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang sedang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST, yaitu:

- a) P = Paliative/provokatif

Hal-hal yang menyebabkan bertambah/berkurangnya keluhan utama. Pada kasus hipertensi, ditemukan adanya rasa pusing. Keluhan dirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat.

b) Q = Quality/Quantity

Tingkat keluhan utama.

c) R = Region

Yaitu lokasi keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tak tertahankan di seluruh bagian kepala

d) S = Savety

Yaitu intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

e) T = Timing

Yaitu kapan mulai muncul dan berapa lama berlangsungnya.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien hipertensi biasanya memiliki riwayat gaya hidup tidak sehat seperti merokok, tingkat stress yang tinggi, konsumsi garam yang tinggi, hidup kurang aktivitas fisik.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien hipertensi biasanya memiliki riwayat penyakit genetik/keturunan seperti hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes mellitus dan lain-lain.

c. Pengkajian status fisiologis

a. Respirasi

a) Gejala : pasien hipertensi dapat mengalami dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, dan batuk dengan/tanpa pembentukan sputum akibat adanya riwayat merokok.

b) Tanda : penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi nafas abnormal dan sianosis.

b. Sirkulasi

a) Gejala: riwayat hipertensi, aterosklerosis, kelemahan penyakit jantung koroner/katup, penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi.

b) Tanda: Peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi meningkat distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler kembali lambat.

c. Nutrisi dan cairan

Pasien hipertensi biasanya memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, tinggi kalori, tinggi kafein seperti kopi, serta konsumsi obat diuretik.

d. Aktivitas dan istirahat

Pasien hipertensi memiliki gangguan pada pola tidurnya akibat kebutuhan rasa nyaman yang tidak terpenuhi. Nyeri kepala yang sering dirasakan dapat mengganggu kualitas tidur pasien.

e. Pengkajian status psikologis

Data masalah nyeri akut pada pasien hipertensi termasuk ke dalam kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor SDKI (2017) meliputi :

1) Gejala dan tanda mayor

(a) Subjektif : mengeluh nyeri

(b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Gejala dan tanda minor

(a) Subjektif : -

(b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

f. Pengkajian kognitif dan mental

1) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

SPMSQ merupakan instrumen pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual mental dari lansia. Yang terdiri dari 10 pertanyaan (tanggal berapa hari ini, hari apa sekarang, apa nama tempat ini) yang berkaitan dengan intelektual lansia diisi dengan cara memberikan jawaban yang diucapkan oleh lansia dan memberikan setiap pertanyaan nilai 1. Jika kesalahan 0-2 berarti fungsi intelektual lansia utuh, kesalahan 3-4 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-7 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual sedang, kesalahan 8-10 lansia mengalami kerusakan intelektual berat.

2) Mini - Mental State Exam (MMSE)

Mini mental state exam (MMSE) adalah tes skrining yang digunakan untuk penilaian fungsi kognitif dan mendeteksi adanya gangguan kognitif pada seseorang/individu, mengevaluasi perjalanan suatu penyakit yang berhubungan dengan proses penurunan kognitif dan memonitor respon terhadap pengobatan.

3) Geriatric Depression Scale (GDS)

Tingkat depresi pada lansia dapat diukur menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS). Setiap jawaban yang sesuai dengan kunci jawaban "ya" atau "tidak"

diberikan nilai satu poin, sedangkan jawaban yang tidak sesuai diberi nilai nol. Total skor dihitung dari penjumlahan semua poin, dengan skor maksimal 15 dan minimal 0. (Padila, 2018).

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien meliputi :

1) Keadaan umum

Meliputi keadaan, status kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda- tanda vital. Pada penderita hipertensi memiliki hasil pengukuran tekanan darah sistole >130 mmHg dan diastole > 90 mmHg, keluhan sakit kepala hingga menjalar ke punggung belakang serta sulit tidur.

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan kulit kepala, warna rambut kelembapan, kerontokan, apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening atau tidak pada leher, kondisi mata (konjungtiva pucat atau tidak), hidung, mulut, dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Pada retinopati hipertensi mengeluh kepala pening, mata terasa nyeri, dan penglihatan buram.

3) Dada

(a) Paru-paru

Inspeksi: simetris kanan dan kiri

Palpasi: vokal fremitus kanan dan kiri sama Perkusi : suara sonor

Auskultasi: riwayat merokok ditandai dengan distress respirasi, bunyi napas tambahan (wheezing atau ronchi)

(b) Jantung

Inspeksi : adakah pulsasi ictus cordis

Palpasi: teraba ictus cordis pada ics lima mid klavikula sinistra

Auskultasi: bunyi jantung satu dan dua terdengar tunggal

- 4) Abdomen: pada umumnya pasien hipertensi tidak mengalami keluhan.
- 5) Ekstremitas: Pada kaki dan tangan apakah terjadi edema, ada varises atau tidak, reflek patella positif atau negatif.
- 6) Genetalia: Pada umumnya pasien hipertensi tidak mengalami keluhan.

h. Pemeriksaan diagnostik

Melakukan pengukuran tekanan darah berulang dalam waktu 3 bulan ke dokter atau fasilitas kesehatan terdekat untuk memastikan hasil pengukuran tekanan darah diatas normal (hipertensi). Perawat harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Proses penegakan diagnosis dilakukan secara sistematis melalui tiga tahap: analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan terdiri dari dua komponen utama, yaitu masalah (problem) sebagai label yang menggambarkan inti respons klien terhadap kondisi kesehatannya, serta indikator diagnosis yang meliputi penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko.

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik hanya mencakup penyebab dan tanda/gejala. Contohnya, nyeri akut termasuk dalam kategori diagnosis keperawatan negatif, yang menunjukkan bahwa klien sedang mengalami kondisi sakit sehingga intervensi yang diberikan bersifat penyembuhan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi yaitu:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
d.d mengeluh nyeri
- b. Deficit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar d.d menanyakan masalah yang dihadapi
- c. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif b.d ketidakmampuan mengatasi masalah (individu atau keluarga), ketidakcukupan sumber daya (mis: keuangan, fasilitas)
d.d kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
- d. Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload, perubahan afterload d.d tekanan darah meningkat

3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan standar profesi yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Rencana keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

Tabel 3

Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien manajemen kesehatan tidak efektif akibat Hipertensi

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) d.d Mengeluh nyeri, Tampak meringis, Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur, Tekanan darah meningkat, Pola napas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis.	Setelah dilakukan intervensi selama 5x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil yaitu: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Ketegangan otot menurun 7. Frekuensi nadi membaik 8. Pola napas membaik Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon 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

1	2	3	4
			8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan

	strategi meredakan nyeri Edukasi
	1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

5. Implementasi

Implementasi keperawatan atau pelaksanaan dari rencana keperawatan merupakan aplikasi Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan secara langsung dengan mengacu pada intervensi yang telah ditegakkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

6. Evaluasi

Evaluasi adalah melihat pencapaian dari proses awal keperawatan hingga akhir, apakah ada masalah keperawatan yang dapat diatasi atau tidak. Pada evaluasi keperawatan menggunakan SOAP.

Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional seperti:

- a. (S) subjektif, masalah yang disampaikan oleh pasien
- b. (O) objektif, masalah yang didapatkan berdasarkan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan fisik dan fakta terkait diagnosis keperawatan.

- c. (A) analisis, Analisa dari data objektif, subjektif dan diagnosa
- d. (P) perencanaan, merupakan pengembangan planning untuk intervensi selanjutnya.