

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Akupresure Pada Hipertensi Dalam Pemenuhan Rasa Nyaman

1. Pengertian akupresure

Akupresure merupakan suatu tindakan pengobatan tradisional keterampilan dengan cara menekan titik-titik akupuntur dengan penekanan menggunakan jari atau benda tumpul di permukaan tubuh. Kelebihan akupresure ini lebih rendah resiko, mudah dilakukan dan dipelajari, bermanfaat untuk menghilangkan nyeri dan relaksasi. Akupresure adalah terapi non-invasif yang didasarkan pada pengobatan tradisional cina, dan mungkin menawarkan modalitas terapi yang berharga untuk mengelola gejala pada pasien ini. Akupresure merupakan aplikasi dari tekanan yang tegas dan terus menerus pada lokasi khusus pada area tubuh tertentu yang bertujuan meningkatkan pemenuhan rasa nyaman, menghasilkan relaksasi yang nyaman. (Roza, Mulyadi & Dkk, 2019)

2. Prosedur terapi akupresure

a. Alat yang dibutuhkan

- 1) Minyak
- 2) Sarung tangan
- 3) Tissue
- 4) Handuk kecil
- 5) Kom kecil

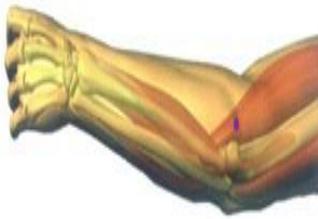
b. Pre interaksi

- 1) Persiapkan alat alat yang di perlukan
 - 2) Cuci tangan
- c. Tahap kerja
- 1) Beri salam, panggil responden dengan namanya, dan perkenalkan diri (untuk pertemuan pertama).
 - 2) Menanyakan keluhan /kondisi responden
 - 3) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan hal yang perlu di lakukan oleh klien selama terapi akupresure dilakukan.
 - 4) Berikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi di lakukan.
 - 5) Lakukan pengkajian untuk mendapatkan keluhan dan kebutuhan komplementer yang di perlukan
 - 6) Jaga privasi klien dengan menutup tirai
 - 7) Atur posisi klien dengan memposisikan pada posisi terlentang (supinasi), duduk, duduk dengan tangan bertumpu dimeja, berbaring miring, atau tengkurap dan berikan alas.
 - 8) Pastikan klien dalam keadaan rileks dan nyaman
 - 9) Bantu melepaskan pakaian klien atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan akupresure yang akan di lakukan, jika perlu.
 - 10) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan bila perlu.
 - 11) Cari titik –titik rangsangan yang ada di tubuh, menekannya hingga masuk ke system saraf. Bila penerapan akupresure memakai jarum, akupresure hanya

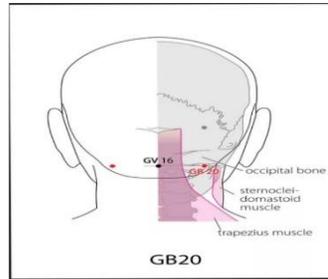
memakai gerakan tangan dan jari, yaitu tenis tekan putar, tekan titik, dan tekan lurus

12) Titik akupresure untuk mengatasi hipertensi, LI 11, GB 20, CV 12, SP 6, ST 36.

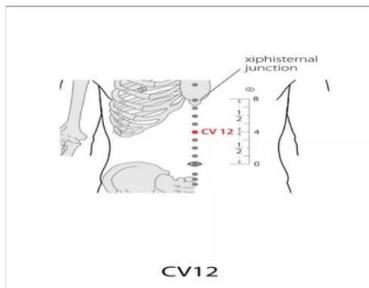
LI 11



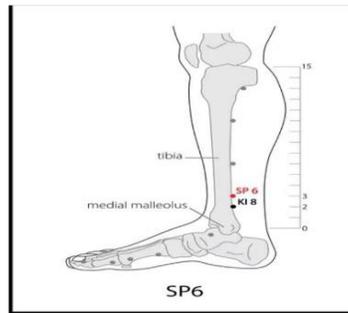
GB 20



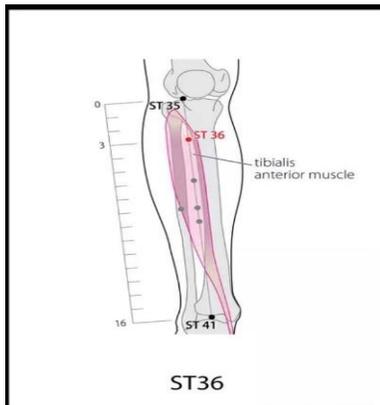
CV 11



SP 6



ST 36



13) Setelah titik ditentukan, oleskan minyak secukupnya pada titik tersebut untuk memudahkan melakukan pemijatan atau penekanan dan mengurangi nyeri lecet ketika penekanan dilakukan.

14) Lakukan pemijatan atau penekanan menggunakan jempol tangan atau jari lain dengan 30 kali pemijatan atau putaran searah jarum jam untuk menguatkan dan 40- 60 kali pemijatan atau putaran ke kiri untuk melemahkan. Pemijatan dilakukan pada masing masing bagian tubuh (kiri dan kanan) kecuali pada titik yang terletak dibagian tengah.

d. Terminasi

- 1) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan kelien kembali ke posisi yang nyaman
- 2) Evaluasi perasaan klien
- 3) Berikan reinforcement positif kepada klien dan berikan air putih 1 gelas
- 4) Rapikan alat dan cuci tangan

e. Hasil

- 1) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan
- 2) Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya
- 3) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
- 4) Cuci tangan

f. Dokumentasi

- 1) Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal, dan jam pelaksanaan
- 2) Catat hasil tindakan (respon subjektif dan objektif)
- 3) Dokumentasi tindakan dalam bentuk SOAP.

B. Konsep Teori Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi

1. Pengertian kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik, maupun sosial. (Keliat, Windarwati & Dkk, 2015)

Kenyaman menurut (Keliat, Windarwati Dkk, 2015)

dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang di rasakan didalam lingkungan
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

2. Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman

Menurut potter & perry, (2006) yang di kutip dalam buku (Iqbal Mubarak & Dkk, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kreteria kenyamanan dapat di ukur menggunakan skala ordinal kenyanman, nyaman (76-100%), cukup nyaman (56-75%), kurang nyaman (< 56%). Yang menggunakan rumus presentase = jumlah pernyataan (nilai kenyamanan 0,5) dibagi dengan jumlah soal dikali 100%. Indikator 1 pasien dinyatakan nyaman dengan presentase 76-100% apabila pasien tampak tenang, tidak mengeluh nyeri dibagian kepala, mampu untuk rileks, tidak mengeluh sulit tidur, tidak tampak merintih atau menangis, dan merasa nyaman. Indikator 2 pasien dinyatakan cukup nyaman dengan presentase 56-75%,

apabila pasien tampak lemas, tampak mual tidak sampai muntah, berkeringat dingin, tidak mampu rileks. Indikator 3 pasien dengan presentase < 56% apabila pasien tampak gelisah, tampak mual dan muntah, tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri), mengeluh tidak nyaman, dan mengeluh nyeri.(Nursalam, 2016). Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsure ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, dukungan, dorongan, dan bantuan.

3. Pengertian gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya, dan sosialnya. (Keliat, Windarwati & Dkk, 2015)

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkelelahan, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin,

merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. (Keliat, Windarwati & Dkk, 2015)

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Jenis gangguan rasa nyaman

Menurut (mardella & Dkk 2013) Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan

c. Mual

Mual adalah keadaan pada saat inividu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bias saja menimbulkan muntah atau tidak.

5. Penyebab gangguan rasa nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidak kuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi
- e. Gangguan stimulus lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi, dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan

6. Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 2 yaitu sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Gejala dan tanda mayor

Data subjektif:

- 1). Mengeluh tidak nyaman
- 2). Mengeluh mual
- 3). Mengeluh ingin muntah
- 4). Tidak berminat makan

Data objektif:

(tidak tersedia)

- b. Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- 1). Merasa asam dimulut

2). Sensasi panas / dingin

3). Sering menelan

Data objektif:

1). Pucat

2). Diaphoresis

3). Takikardi

4). Pupil dilatasi

7. Gangguan pemenuhan rasa nyaman pada pasien hipertensi

Tanda dan gejala dari hipertensi salah satunya adalah gangguan rasa nyaman, pasien yang mengalami hipertensi akan mengalami tanda dan gejala gangguan rasa nyaman di lihat dari pasien yang hipertensi akan mengalami perasaan yang kurang senang, kurang nyaman, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospitual, lingkungan dan social. Akibatnya yang akan ditimbulkan adalah mual, kebingungan, kelelahan, sulit tidur, nyeri kepala. Apabila tidak segera diatasi maka akan menyebabkan pembuluh darah menyempit dan menyebabkan terhambatnya jaringan sel otak. Pasien hipertensi dengan gangguan rasa nyaman perawat dapat memberikan informasi (Pankes), tindakan keperawatan seperti memberikan terapi akupresure, teknik nafas dalam, massage, kompres hangat, terapi herbal, dan kolaborasi dalam pemberian obat-obatan.(Maria, 2016)

8. Pengertian hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah meningkat persistem dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg.

Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolic karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik. Menurut WHO penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan diastoliknya sama atau lebih besar 95 mmHg. (padila, 2013)

9. Penyebab hipertensi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 yaitu: (padila, 2013)

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

Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90% penderita hipertensi, sedangkan 10% sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data – data telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut dalah sebagai berikut:

1) Faktor keturunan

Data dari statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika dari orang tuanya penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (laki laki lebih

tinggi tekanan darahnya dari perempuan), dan ras (ras, kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi, (melebihi dari 30 gr), kegemukan atau makan berlebih, stres dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alcohol, minum obat- obatan (prednisone, epineprin)

10. Klasifikasi

Badan penelitian hipertensi di Amerika Serikat, menentukan batasan pada tekanan darah yang berbeda. Pada laporan JPC-V, tekanan darah pada orang dewasa berusia 18 tahun diklasifikasikan sebagai berikut. (Aspiani, 2015)

Tabel 1
Klasifikasi Derajat Hipertensi Berdasarkan JPC-V AS

NO	Kriteria	Sistolik	Diastolik
1	2	3	4
1	Normal	<130 mm Hg	<85 mmHg
2	Perbatas (High Normal)	130-139 mmHg	85-89 mmHg
3	Hipertensi		
	Derajat 1 Ringan	140-159 mmHg	90-99 mmHg
	Derajat 2 Sedang	160-179 mmHg	100- 109 mmHg
	Derajat 3 Berat	180-209 mmHg	110-119 mmHg
	Derajat 4 Sangat Berat	>210 mmHg	> 120 mmHg

Sumber : Aspiani, dalam buku Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler, (2015)

11. Patofisiologis

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula otak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor diantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bias terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Kortex adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan

peningkatan volume intra vaskuler, semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk pertimbangan gerontologi. Perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi, aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tekanan perifer.(padila, 2013)

12. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi.(padila, 2013)

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat di hubungkan 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 terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis

13. Penatalaksanaan hipertensi

Penatalaksanaan Hipertensi ada dua (2) yaitu sebagai berikut:

a. Farmakologi

Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut:

- 1) Hidroklorotiazid (HCT) 12, 5-25 mg perhari dengan dosis tunggal pada pagi hari.
- 2) Reserpin 0,1 - 0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal.
- 3) Propranolol mulai 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
- 4) Kaptopril 12, 5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilanselama janin hidup dan penderita asma).
- 5) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

a. Nonfarmakologi

Langkah awal biasanya adalah dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan Cara sebagai berikut:

- 1) Terapi komplementer (akupresure)
- 2) Menurunkan berat badan sampai batas ideal
- 3) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau Kadar kolestrol darah tinggi.
- 4) Mengurangi pemakaian garam sampai dari 2, 3 gram natrium atau 6 gram klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium, dan kalium yang cukup).
- 5) Mengurangi konsumsi alkohol
- 6) Berhenti merokok.

7) Olahraga aerobic yang tidak terlalu berat (penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali).

(Muhamad Ardiansyah, 2012)

Terapi komplementer (akupresure) juga dapat mengurangi gejala hipertensi. Akupresure merupakan pemijatan atau penekanan yang dilakukan pada titik atau lokasi tertentu di bagian tubuh yang sudah ditentukan. Pemijatan atau penekanan ini dilakukan sebanyak 20-30 kali pemijatan atau penekanan. Pemijatan pertama dilakukan pada bagian titik LI11 yaitu titiknya ketika siku tertekuk, titik berada di tengah antara ujung lateral lipatan kubus transverses dan epikondilus lateral humerus. GB20 yaitu titiknya terletak pada aspek posterior leher, di bawah tulang oksipital, dalam depresi antara bagian atas m. sternocleidomastoideus dan m. trapezes. CV12 yaitu titiknya terletak pada garis tengah anterior perut, 4 cun di atas umbilicus. SP6 yaitu titiknya terletak pada 3 cun tepat di atas ujung tulang maleolusmedial, di perbatasan posterior tibia. ST36 yaitu titiknya terletak pada 3 cun di bawah dubi, satu jari lebarnya dari puncak anterior tibia. (Ekawati, 2016)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Terapi Akupresure Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan, pengkajian keperawatan ini bertujuan untuk menggali atau mendapatkan data utama tentang kesehatan pasien baik itu fisik, psikologis, maupun emosional (Debora, 2013).

Menurut (Aspiani, 2015) yang harus dikaji pada klien yang mengalami penyakit hipertensi.

a. Data biografi

Nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, Nama penanggung jawab, dan catatan kedatangan.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama klien datang ke rumah sakit atau ke fasilitas kesehatan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan klien yang dirasakan saat dilakukan pengkajian.

3) Riwayat kesehatan dahulu.

Riwayat kesehatan dahulu biasanya penyakit hipertensi adalah penyakit penyakit yang sudah lama dialami oleh klien dan biasanya dilakukan pengkajian tentang riwayat minum obat.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga adalah mengkaji riwayat keluarga apakah ada yang menderita penyakit yang Sama.

c. Data dasar pengkajian

1) Aktivitas/istirahat

- a) Gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, Gaya hidup monoton.
- b) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

2) Sirkulasi

- a) Gejala: riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler dan episode palpitasi.
- b) Tanda: peningkatan tekanan darah, nadi denyutan jelas dan karotis, jugularis, radialis, takikardia, murmur stenosi valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sinosis, suhu dingin, (vasokonstriksi perifer) dan pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda.

3) Integritas ego

- a) Gejala: riwayat perubahan keperibadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan keuangan dengan pekerjaan).
- b) Tanda: letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tengisan meledak, otot muka tegang, menghela nafas, peninngkatan pola bicara.

4) Eliminasi

Gejala: gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal masa lalu

5) Makanan/cairan

- a) Gejala: makanan yang disukai dan mencakup makanan tinggi garam, serta lemak kolesterol, mual, muntah, dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/menurun).
 - b) Tanda: berat badan normal/obesitas, adanya edema, glikosuria
- 6) Neurosensory
- a) Gejala: keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipial (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam) dan gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaksis)
 - b) Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir dan penurunan kekuatan gangguan tangan
- 7) Nyeri/ketidaknyamanan
- Gejala: angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), sakit kepala
- 8) Pernafasan
- a) Gejala: dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dyspnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum dari riwayat merokok
 - b) Tanda: distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi nafas tambahan(crakles/mengi dan sianosis)
- 9) Keamanan
- Gejala: gangguan kordinasi/cara berjalan, hipotensi postural
- 10) Pembelajaran/penyuluhan
- Gejala: faktor resiko keluarga: hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus dan faktor lain, seperti orang Afrika-Amerika, Asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alcohol.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012). Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang biasanya ditegakkan pada penyakit hipertensi ialah sebagai berikut: (Aspiani, 2015).

- a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan, ketidakseimbangan, dan kebutuhan oksigen
- d. Ketidakefektifan coping
- e. Defisiensi pengetahuan

Tabel 2
 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
 (PPNI 2017) Dengan Pemberian Terapi Akupresure dalam pemenuhan
 Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi Di
 UPT Kesmas Sukawati I Gianyar

Diagnosa keperawatan	Etiologi	Tanda dan gejala
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	Hipertensi	Subjektif
	↓	1. Mengeluh tidak nyaman
	Peningkatan tekanan darah	2. Mengeluh sulit tidur
	↓	3. Mengeluh kedinginan/kepanasan
	Kurang pengendalian situasional/lingkungan	4. Mengeluh gatal
	↓	5. Mengeluh mual
	Gangguan Rasa Nyaman	6. Mengeluh lelah
		Objektif
		1. Gelisah
		2. Menunjukkan gejala distress
		3. Tampak merintih/menangis
		4. Pola eliminasi berubah

(sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, dan memecahkan masalah tertulis (Bulchek, 2017). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 3
Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI dan SLKI (PPNI 2018) Dengan Pemberian Terapi Akupresure Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi Di UPT Kesmas Sukawati I Gianyar

NO	Diagnosa keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
1	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Lelah menurun 5. Gelisah menurun 6. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat 7. Kesejahteraan fisik meningkat 8. Kesejahteraan psiologis meningkat 9. Dukungan sosial meningkat 10. Tekanan darah membaik 11. Pola eliminasi membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kontraindikasi penyakit 2. Periksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan 3. Periksa tempat sensitive untuk melakukan penekanan dengan jari 4. Identifikasi hasil yang ingin dicapai 5. Tentukan titik akupresure sesuai dengan hasil yang dicapai 6. Rangsang titik akupresure dengan jari dengan kekuatan tekanan yang memadai 7. Lakukan penekanan pada titik akupresure yang sudah ditentukan 8. Lakukan setiap hari dalam satu pekan pertama untuk mengatasi nyeri 9. Anjurkan untuk rileks 10. Ajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan

1	2	3	4
			akupresure mandiri
			dengan
		11. Kolaborasi	dengan
		terapis	yang
		tersertifikasi	

(Sumber: Tim Pokja SIKI, SLKI DPP PPNI 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu proses keperawatan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan adalah langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu pasien yang bertujuan mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak ataupun respon yang dapat ditimbulkan oleh adanya masalah keperawatan serta kesehatan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat (Debora, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik. Evaluasi menggunakan S: Data Subjektif, O: Data Objektif, A: Asesment, P: Planing. (Debora, 2013)