

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg serta tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Adnyani & Sudhana, 2014). Hipertensi diklasifikasikan menjadi hipertensi primer (esensial) jika penyebab hipertensinya tidak diketahui serta hipertensi sekunder jika terdapat proses dari penyakit lain yang merupakan penyebab terjadinya hipertensi. Hipertensi dalam jangka waktu lama dan terus menerus memicu *stroke*, serangan jantung, gagal jantung, dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik. Penyakit Hipertensi tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol sehingga dapat mengurangi dampak dari penyakit tersebut (Martini dkk., 2019).

Hipertensi dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti asupan garam yang tinggi, stres psikologis, faktor genetik (keturunan), kurang olahraga, kebiasaan hidup yang tidak baik seperti merokok dan alkohol, penyempitan pembuluh darah oleh lemak, peningkatan usia serta kegemukan. Faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah atau dikontrol yaitu umur, jenis kelamin serta faktor genetik sedangkan faktor risiko hipertensi yang dapat diubah yaitu kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak berlebih, kurang aktifitas fisik, stres dan kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol (Ananto, 2017).

2. Tanda dan Gejala

Menurut Rohimah (2015) tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien dengan hipertensi antara lain :

- a. Nyeri tengkuk atau leher
- b. Mual
- c. Muntah
- d. Sesak napas
- e. Nyeri dada
- f. Gangguan penglihatan
- g. Telinga berdenging
- h. Pusing
- i. Gangguan irama jantung

3. Pemeriksaan Penunjang

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

- a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi meliputi pemeriksaan *hemoglobin* dan *hematokrit* untuk melihat *vaskositas* serta indikator faktor risiko seperti *hiperkoagulabilitas* dan anemia.

- b. *Elektrokardiografi*

Pemeriksaan *elektrokardiografi* digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi risiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti *infark miokard akut* atau gagal jantung.

- c. *Rontgen thoraks*

Rontgen thoraks digunakan untuk menilai adanya kalsifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.

d. USG ginjal

USG ginjal digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal juga digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal.

e. *CT scan* kepala

CT scan kepala dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak karena pada penderita hipertensi terdapat kemungkinan terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan udara. Apabila pembuluh darah pecah atau tidak mampu memberikan suplai darah dan oksigen ke otak dapat terjadi stroke. Penyakit stroke ini bisa menyebabkan kelumpuhan atau tidak berfungsinya anggota tubuh dengan baik sehingga *CT Scan* perlu dilakukan pada penderita hipertensi.

4. Penatalaksanaan

Hipertensi dapat diatasi dengan berbagai macam cara. Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut.

a. Terapi farmakologi

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi tekanan darah tinggi yaitu dengan terapi farmakologi yang biasanya diberikan dengan obat-obatan antihipertensi (captopril, amlodipine, benazepril). Tujuan pemberian obat antihipertensi yaitu untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas akibat

tekanan darah tinggi seperti stroke, iskemia jantung, gagal jantung kongestif, dan memberatnya hipertensi.

b. Terapi Non-Farmakologi

Terapi non farmakologi yang dapat diberikan pada penderita hipertensi yaitu terapi herbal (mentimun, rebusan daun salam, melon) , perubahan gaya hidup, kepatuhan dalam pengobatan, mengurangi konsumsi makanan yang mengandung garam, lemak dan kolesterol, pengendalian stres dan terapi relaksasi (Ananto, 2017).

1) Pengaturan diet

Diet pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan rendah garam dan rendah lemak untuk dapat mengendalikan tekanan darah dan secara tidak langsung menurunkan resiko terjadinya komplikasi hipertensi.

2) Manajemen stress

Stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, rasa marah, murung, dendam, rasa takut, rasa bersalah) merupakan faktor terjadinya komplikasi hipertensi. Peran keluarga terhadap penderita hipertensi diharapkan mampu mengendalikan stres, menyediakan waktu untuk relaksasi, dan istirahat

3) Kontrol kesehatan

Kontrol kesehatan penting bagi penderita hipertensi untuk selalu memonitor tekanan darah. Kebanyakan penderita hipertensi tidak sadar dan mereka baru menyadari saat pemeriksaan tekanan darah. Penderita hipertensi dianjurkan untuk rutin memeriksakan diri sebelum timbul komplikasi lebih lanjut.

4) Olahraga

Olahraga secara teratur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh darah nadi. Olahraga yang dimaksud adalah latihan menggerakkan semua nadi dan otot tubuh seperti gerak jalan, berenang, naik sepeda, aerobik. Oleh karena itu olahraga secara teratur dapat menghindari terjadinya komplikasi hipertensi.

5) Terapi relaksasi

Terapi relaksasi diperlukan pada penderita hipertensi agar membuat pembuluh darah menjadi relaks sehingga akan terjadi vasodilatasi yang menyebabkan tekanan darah kembali turun dan normal. Untuk membuat tubuh menjadi relaks dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti terapi musik klasik, yoga, teknik nafas dalam, dan terapi *foot massage*. Secara umum jaringan tubuh yang banyak terpengaruh oleh masase adalah otot, jaringan ikat, pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf (Ananto, 2017).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bersifat individual atau subyektif, yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan, sehingga mengakibatkan individu akan merasa tersiksa, menderita, sehingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari dan psikis individu tersebut (Rohimah, 2015).

Nyeri akut adalah 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 (PPNI, 2016). Nyeri akut disebabkan oleh stimulasi noxious akibat trauma, proses suatu penyakit atau akibat fungsi otot atau viseral yang terganggu. Nyeri tipe ini

berkaitan dengan stress neuroendokrin yang sebanding dengan intensitasnya. Nyeri akut akan disertai hiperaktifitas saraf otonom dan umumnya mereda dan hilang sesuai dengan laju proses penyembuhan (Wardani, 2014).

2. Data Mayor dan Minor

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (PPNI, 2016). :

a. Tanda dan gejala mayor :

- 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
- 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor :

- 1) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

3. Faktor Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (misal, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

4. Penatalaksanaan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi *Foot*

Massage

Foot massage merupakan salah satu terapi non konvensional yang dapat digunakan sebagai salah satu alternatif untuk meredakan nyeri pada penderita hipertensi. *Massage* merupakan terapi paling efektif untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi karena dapat menimbulkan efek relaksasi pada otot-otot yang kaku sehingga terjadi vasodilatasi yang menyebabkan tekanan darah turun secara stabil (Ainun dkk., 2021). *Foot massage* bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi kegiatan jantung dalam memompa, dan mengurangi mengerutnya dinding-dinding pembuluh nadi halus sehingga tekanan pada dinding-dinding pembuluh darah berkurang dan aliran darah menjadi lancar. *Foot massage* selain aman dan mudah diberikan juga mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien hipertensi. Pemberian *foot massage* dapat manipulasi jaringan lunak pada kaki secara umum dan tidak terpusat pada titik-titik tertentu pada telapak kaki yang berhubungan dengan bagian lain pada tubuh.

Adapun langkah-langkah pemberian terapi *foot massage* adalah sebagai berikut.

- a. Tahap persiapan
 - 1) Menyediakan alat
 - 2) Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan.
 - 3) Mengukur tekanan darah penderita hipertensi (ringan dan sedang) sebelum melakukan masasae kaki dan dicatat dalam lembar observasi.

b. Tahap kerja

1) Massage bagian punggung kaki

(a) Ambillah posisi menghadap ke kaki klien dengan kedua lutut berada disamping betisnya.

(b) Letakkan tangan kita sedikit diatas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju keatas dengan satu gerak tak putus luncurkan tangan ke atas pangkal paha dan kembali turun disisi kaki mengikuti lekuk kaki.

(c) Tarik ibu jari dan buat bentuk V (posisi mulut naga). Letakkan tangan diatas tulang garas dibagian bawah kaki. Gunakan tangan secara bergantain untuk memijat perlahan hingga ke bawah lutut dengan tangan masih pada posisi V urut keatas dengan sangat lembut hingga ke tempurung lutut, pisahkan tangan dan ikuti lekuk tempurung lutut pijat ke bagian bawah.

(d) Lalu ulangi pijat keatas bagian tempurung lutut.

(e) Tekanlah dengan sisi luar telapak tangan membuat lingkaran secara bergantian mulai dari atas lutut hingga pangkal paha dan mendorong otot.

(f) Dengan kedua tangan pijatlah kebawah pada sisi kaki hingga ke pergelangan kaki. Kemudian remas bagian dorsum dan plantaris kaki dengan kedua tangan sampai ke ujung jari.

(g) Ulangi pada kaki kiri.

2) Massage bagian telapak kaki

(1) Letakan alas yang cukup besar dibawah kaki klien.

(2) Tangkupkan telapak tangankita disekitar sisi kaki kanannya

(3) Rilekskan jari-jari serta gerakan tangan kedepan dan kebelakang dengan cepat, ini akan membuat kaki rileks.

- (4) Biarkan tangan tetap memegang bagian atas kaki
- (5) Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut Tarik kaki kearah pemijat mulai dari tumit. Dengan gerakan oval putar kaki beberapa kali ke setiap arah.
- (6) Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada diatas dan telunjuk dibagian bawah.
- (7) Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekanan urat-urat otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantaranya urat-urat otot dengan ibu jari . ulangi gerakan ini pada tiap lekukan.
- (8) Pegang tumit kaki dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama : letakkan ibu jari pemijat diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya, dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain.

c. Evaluasi

- 1) Tanyakan pada klien bagaimana perasaannya
- 2) Kaji tekanan darah klien

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data dan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah kesehatan serta kebutuhan klien (Adinda, 2019). Sumber data dalam pengkajian keperawatan terdiri atas data primer (data yang dikumpulkan secara langsung dari klien dan keluarga, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapi) serta data sekunder (data yang

dikumpulkan dari orang terdekat dari klien (keluarga), seperti orang tua, atau pihak lain yang mengerti kondisi klien selama sakit) (Khofifah & Wahyu Widagdo, 2016).

Menurut Khofifah & Wahyu Widagdo (2016) komponen pengkajian terdiri atas :

a. Data identitas pasien

Data yang perlu dikumpulkan berupa identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Data yang perlu dikaji pada komponen pengkajian ini, yaitu keluhan utama yang timbul pada pasien dengan hipertensi.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Data yang perlu dikaji adalah data yang menyatakan adanya faktor prediposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit terdahulu.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data yang perlu dikaji adalah data riwayat penyakit turunan, apakah terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien atau tidak.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan atau hanya beberapa bagian saja yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis yang berupa kepastian tentang

penyakit apa yang diderita pasien. Pemeriksaan fisik menggunakan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negative terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dapat diuraikan menjadi 3 yaitu diagnosis aktual, diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosis aktual menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses

kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda serta gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan menggambarkan adanya motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik dan optimal.

3. Perencanaan/Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017). Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Adapun intervensi keperawatan pada klien dengan nyeri akut dapat dilihat pada tabel 1 sebagai berikut.

Tabel 1
Rencana Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Definisi : 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.</p> <p>Penyebab : a. Agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma). b. Agen pencedera kimiawi (misal, terbakar, bahan kimia iritan). c. Agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkatberat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mengeluh nyeri Tidak meringis Tidak bersikap protektif Tidak gelisah Tidak mengalami kesulitan tidur Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik Melaporkan nyeri terkontrol Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

1	2	3
<p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Mengeluh nyeri.</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Tampak meringis</p> <p>b. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>c. Gelisah</p> <p>d. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>e. Sulit tidur.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Tekanan darah meningkat</p> <p>b. Pola napas berubah</p> <p>c. Nafsu makan berubah</p> <p>d. Proses berpikir terganggu</p> <p>e. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri</p> <p>f. Diaphoresis.</p>		<p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik</p>

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-

faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017). Terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu: *independent implementations* (implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan), *interdependen/collaborative implementations* (tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya) serta *dependent implementations* (tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang digunakan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Indikator evaluasi keperawatan adalah kriteria hasil yang telah ditulis pada tujuan ketika perawat menyusun perencanaan tindakan keperawatan (Khofifah & Wahyu Widagdo, 2016). Jenis- jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan terdiri atas evaluasi formatif (aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan) dan evaluasi sumatif (rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan) (Adinda, 2019).