

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK*
MASSASE UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn.
T DENGAN HIPERTENSI GRADE II DI DI RUANG
INSTALASI GAWAT DARURAT RS MITRA
MASYARAKAT TIMIKA PAPUA
TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)



DISUSUN OLEH :
HUBERTUS HADIR, S.Tr.,Kep
NIM. PO.71.20.1.19.064

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JAYAPURA PAPUA
TAHUN 2021**

**Analisis Praktik Keperawatan *Slow Stroke Back Massase* Untuk
Mengurangi Nyeri Kepala Pada Tn. T Dengan Hipertensi Grade
II Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat
Timika Papua Tahun 2021**

Karya Ilmiah Akhir Ners
Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Profesi Ners



Disusun Oleh :

Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM. PO.71.20.1.19.064

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JAYAPURA PAPUA
TAHUN 2021**

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Hubertus Hadir

NIM : PO.71.20.1.19.064

Tanda Tangan : 

Tanggal : 15 Agustus 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK*
MASSASE UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn.
T DENGAN HIPERTENSI GRADE II DI DI RUANG
INSTALASI GAWAT DARURAT RS MITRA
MASYARAKAT TIMIKA PAPUA
TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh :

Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM. PO.71.20.1.19.064

Disetujui untuk diujikan,

Pembimbing,



Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP : 19750727 200605 2 003

Jayapura, 15 Agustus 2022

Ketua Prodi Profesi Ners,

Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns., MSN., M.Si
NIP : 19670520 199601 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK MASSASE*
UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn. T DENGAN
HIPERTENSI GRADE II DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT RS MITRA MASYARAKAT TIMIKA PAPUA
TAHUN 2021**

Disusun Oleh :

Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM. PO.71.20.1.19.064

Telah dipertahankan dalam seminar hasil di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : 15 Agustus 2022

DEWAN PENGUJI

Moderator,

Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)
NIP : 19750727 200605 2 003

Penguji,

Guruh S., S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIP : 19790316200604 1006

Jayapura, 15 Agustus 2022
Ketua Prodi Profesi Ners,

Blestina Marvorita, S.Kep.,Ns., MSN., M.Si
NIP : 19670520 199601 2 001

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO :

- Sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanlah aku berharap
- Jawaban sebuah keberhasilan adalah tidak mudah berputus asa dan terus belajar
- Memulai dengan penuh keyakinan menjalankan dengan penuh keiklasan menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan :

- Terima kasih untuk orang yang paling spesial dikehidupanku yaitu istri tercinta, Veronica Ary Setyaningrum dan Kedua anakku Colin dan Winnie yang terus mendoakan dan memberikan semangat serta selalu mendukung dalam setiap langkah keputusanku.
- Terimakasih kepada Direktur RS Mitra Masyarakat yang telah mengijinkan saya untuk mengikuti perkuliahan Profesi Ners ini
- Ketua Program Studi Keperawatan Poltekes Kemenkes Jayapura Papua beserta Staff yang menerima saya sebagai salah satu civitas di Kampus ini.
- Terimakasih untuk Ibu Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah membimbing dan memberi arahan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan baik dan tepat waktu.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Analisis Praktek Keperawatan *Slow Stroke Back Massase* Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Pada Tn. T Dengan Hipertensi Grade II Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua Tahun 2021”

Penyusunan KIAN ini dibuat sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura Papua. Dalam penyusunan KIAN ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak.

Oleh karena itu pada kesempatan yang baik ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Direktur RS Mitra Masyarakat Timika Papua yang telah memberikan ijin belajar ini
2. Direktur Poltekkes Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan untuk menjadi bagian dari civitas Poltekkes Kemenkes Jayapura
3. Ibu Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing sekaligus moderator yang telah menyediakan waktu selama proses bimbingan sampai pada terselenggaranya ujian karya ilmiah ini.
4. Bapak Guruh S., S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji karya ilmiah ini.
5. Seluruh Bapak Ibu Dosen Poltekkes Kemenkes Jayapura yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis
6. Istriku tercinta Veronica Ary Setyaningrum dan kedua anak terkasih Colin dan Winnie yang tidak ada henti-hentinya memberikan semangat, dukungan motivasi, doa dan perhatian yang diberikan sehingga dapat menyelesaikan proses pendidikan profesi ini
7. Teman-teman sejawat di IRJ RS Mitra Masyarakat Timika Papua, unit berkerja saya selama ini yang tidak ada henti-hentinya memberikan pengertian dan dukungan selama ini.
8. Seluruh teman-teman Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura Papua yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Terimakasih atas pertemanan, dukungan

dan kebersamaan yang telah diberikan. Semoga Tuhan meridhoi segala langkah kita.

9. Semua pihak yang memberikan bantuan, kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis yang saya tidak dapat sebutkan satu persatu.
10. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan pahala dari Tuhan.

Dalam penyusunan proposal penelitian ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, dengan lapang dada penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar bermanfaat untuk semua pihak khususnya dalam lingkup kesehatan.

Timika, 15 Agustus 2022

Hubertus Hadir

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM : PO.71.20.1.19.064
Program Studi : Program Pendidikan Ners
Jurusan : Keperawatan
email : colinhubert10@gmail.com

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Jayapura Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-Eksklusif Royalty-Free Right*) atas Karya Ilmiah Akhir Ners saya yang berjudul:

“ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK MASSASE* UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn. T DENGAN HIPERTENSI GRADE II DI DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RS MITRA MASYARAKAT TIMIKA PAPUA TAHUN 2021”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Non-eksklusif ini Poltekkes Kemenkes Jayapura berhak menyimpan, mengalih-media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan Poltekkes Kemenkes Jayapura, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

Dibuat di : Timika
Pada tanggal : 15 Agustus 2022

Penulis,



Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM. PO.71.20.1.19.064

Mengetahui,
Dosen Pembimbing,



Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP : 19750727 200605 2 003

**Analisis Praktik Keperawatan *Slow Stroke Back Massase* Untuk Mengurangi
Nyeri Kepala Pada Tn. T Dengan Hipertensi Grade II Di Ruang Instalasi
Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua Tahun 2021**

Hubertus Hadir
Mahasiswa Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura

ABSTRAK

Latar Belakang : Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit kardiovaskular yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia, hipertensi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah tinggi secara terus menerus hingga pada melebihi batas normal. Hipertensi merupakan dari resistensi pembuluh darah perifer dan riwayat keluarga. Penyakit hipertensi merupakan salah satu penyakit yang tidak diketahui penyebab secara pasti. Salah satu tanda gejala hipertensi adalah nyeri kepala. Nyeri kepala adalah suatu istilah sinonim yang paling tepat bagi istilah kedokteran *sefalgia*. Definisi nyeri kepala adalah rasa nyeri atau rasa tidak mengenakan pada seluruh daerah kepala dengan batas bawah dari dagu sampai kedaerah belakang kepala. Salah satu tindakan yang dapat diberikan untuk menurunkan nyeri kepala pada penderita hipertensi adalah *massage* punggung

Tujuan: Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien hipertensi dengan *massage* punggung untuk Mengurangi Nyeri Kepala Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua Tahun 2021.

Hasil : Hasil yang didapat pada analisa dari pasien adalah adanya penurunan skala nyeri kepala yang dialami pasien. Penerapan intervensi inovasi perlu dilakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat sebagai upaya pelaksanaan peran perawat sebagai *care giver* guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pertama pada pasien dengan permasalahan pada sistem kardiovaskular yaitu penyakit hipertensi.

***Analysis of Nursing Clinical Practice in Hypertensive Patients with
Back Massage to Reduce Headaches in the Emergency Room
of the RS Mitra Masyarakat Timika Papua in 2021***

Hubertus Hadir

ABSTRACT

Background : Hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease is the leading cause of death in Indonesia, hypertension is defined as high blood pressure increase continuously to exceed the normal limits. Hypertension is of peripheral vascular resistance and family history. Hypertension is a disease of unknown cause with certainty. One symptom of hypertension is headache. Headache is a term synonymous with the most appropriate for the medical term cephalgia. Definition of headache is pain or not wearing the whole area of the head to the lower limit of the chin to the stricken back of the head. One of the actions that can be given to reduce pain in patients with hypertension is head massage his back.

Purpose : Final Scientific Work Ners (KIAN) aims to analyze the case under management in hypertensive patients with back massage to reduce head pain in hospital emergency room lounge 2021

Results: The results obtained in the analysis of the patients is the reduction scale of headache experienced by patients. Application of innovation interventions need to be done in the ER as efforts to implement the role of nurses as care giv to improve the quality of nursing care in order to maximize the first treatment for patients with problems of the cardiovascular system is hypertension

Keywords: Back Massage, Head Pain, Hypertension

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul	ii
Pernyataan Keaslian Penelitian	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto dan Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	ix
Abstrak	x
Abstract	xi
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii

BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	7

BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Konsep Dasar Hipertensi	8
1. Pengertian	8
2. Klasifikasi Hipertensi	9
3. Anatomi Fisiologi	10
4. Etiologi	15
5. Faktor – Faktor Resiko Hipertensi	16
6. Patofisiologi.....	17

7. Pathway	19
8. Tanda dan Gejala	20
9. Manifestasi Klinis	20
10. Pemeriksaan Penunjang	21
11. Penatalaksanaan Hipertensi	21
12. Cara Mencegah Hipertensi	25
13. Komplikasi	26
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian	27
2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Rencana Asuhan Keperawatan	31
4. Implementasi Keperawatan	35
5. Evaluasi Keperawatan	36
6. Dokumentasi Keperawatan	36
C. Kosep Nyeri	37
1. Pengertian	37
2. Etiologi Nyeri	38
3. Proses Terjadinya Nyeri	39
4. Fisiologis Nyeri	39
5. Manifestasi Nyeri	42
6. Respon Fisiologis	42
7. Respon Perilaku	43
8. Pengukuran Intesitas Nyeri	43
9. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	44
10. Karakteristik Nyeri	46
11. Penatalaksanaan Nyeri	49
12. Sifat Nyeri	49
D. Konsep <i>Slow Stroke Back Massage</i>	50
1. Defenisi	50
2. Klasifikasi <i>Slow Stroke Back Massage</i>	51
3. Manfaat <i>Slow Stroke Back Massage</i>	52
4. Khasiat Fisiologis Massage	54

5. Prosedur <i>Slow Stroke Back Massage</i>	54
6. Indikasi	55
7. Kerangka Konsep	56
BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN	57
A. Pengkajian Kasus	57
B. Analisa Data	60
C. Diagnosa Keperawatan	61
D. Intervensi Keperawatan.....	62
E. Intervensi Inovasi	64
F. Implementasi	67
G. Evaluasi	70
BAB IV HASIL PENELITIAN	74
A. Analisa Kasus Terkait Teori	74
B. Analisis Kasus Sesuai Dengan Kelolaan	80
1. Tinjauan Kasus	80
2. Data Asuhan Keperawatan	81
C. Analisa <i>Based Evidence Practices</i> Salah Satu Intervensi Terkait	82
D. Alternatif Pemecahan Masalah	86
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	90
A. Kesimpulan	90
B. Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi WHO 2012	9
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi (<i>American Heart Association</i> , 2012)	9
Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan Hipertensi	32
Tabel 3.1 Analisa Data	60
Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan	62
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan	67
Tabel 3.4 Evaluasi Keperawatan	70
Tabel 3.5 Evaluasi Intervensi Inovasi SSBM	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perjalanan Penyakit Hipertensi	19
Gambar 2.2 Proses Terjadinya Nyeri	39
Gambar 2.3 <i>Beker Faces Scale Wong Pain Raiting</i>	47
Gambar 2.4 <i>Verbal Raiting Scail (VRS)</i>	47
Gambar 2.5 <i>Numerical Reting Scail (NRS)</i>	47
Gambar 2.6 <i>Visual Analogue Scale (VAS)</i>	48
Gambar 2.7 Kerangka Konsep	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Responden	98
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden	99
Lampiran 3. SOP Intervensi SSBM	100
Lampiran 4. Lembar Bimbingan dan Konsultasi KIAN	102

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) merupakan sebuah sistem yang mengkoordinasi sebuah unsur utama yang bersifat multisektor dan memiliki dukungan dari berbagai profesi yang bersifat multidisiplin dan multiprofesi dalam melaksanakan layanan bagi pasien gawat darurat. SPGDT memiliki tiga subsistem yakni sistem pelayanan pra rumah sakit, sistem pelayanan di rumah sakit dan sistem pelayanan antar rumah sakit. Dari semua sistem SPGDT bersifat berkesinambungan atau tidak dapat dipisahkan dalam melakukan pelaksanaan sistem. Hal ini pelayanan SPGDT bersifat cepat, cermat dan tepat dan bertujuan menolong nyawa pasien dan mencegah kecacatan (*time saving is life and limb saving*) menurut (Lumbantoruan, 2015)

Keperawatan Gawat Darurat merupakan pelayanan kesehatan professional yang menangani pasien kritis ataupun mengalami kegawatdaruratan berdasarkan triage. Perawat yang bekerja di departemen gawat darurat telah mengikuti kegiatan ilmu keperawatan kegawatdaruratan atau Basic Trauma Cardiac Life (BTLCS). Perawat wajib mempunyai keahlian kegawat daruratan dan teknik saat memberikan pertolongan tanpa menimbulkan masalah baru pada pasien. (HIPGABI, 2013).

Dalam memberikan asuhan keperawatan kegawatdaruratan diberikan secara utuh dan terarah, sehingga perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara professional dan berkompeten (Stillwel, 2012). Asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 karakteristik yakni Pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan perencanaan, implementasi maupun evaluasi (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Pengkajian *primary* dilakukan saat menangani pasien yang mengancam nyawa sehingga perawat harus segera melakukan tindakan. Dalam proses pengkajian *primary survey* memperlihatkan keadaan pasien melalui penilaian prioritas pada airway, breathing, circulation, dan stimulasi ini dilakukan sampai keadaan pasien stabil (Sudiharto & Sartono, 2011).

Adapun Pengkajian *secondary survey* yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan dari kepala sampai kaki (*head to toe examination*).

Sekitar 1.13 miliar orang di dunia telah mengalami hipertensi, prevalensi menyatakan bahwa 1 dari 3 orang di dunia yang telah terdiagnosa memiliki penyakit hipertensi serta 9,4 juta orang telah meninggal dunia, per tahunnya mengalami peningkatan, yang diakibatkan oleh hipertensi dan sekitar 40% berada di negara berkembang sedangkan pada negara maju terdapat riset bahwa penduduk yang memiliki hipertensi sebanyak 35% (WHO, 2015)

Asia Tenggara terdapat sekitar 1,5 juta jiwa yang mengalami hipertensi, dan di negara Indonesia sendiri tercatat hampir mencapai 63.309.620 jiwa (Riskesdas, 2018). Sekitar pada usia 18-24 tahun telah menderita hipertensi sebanyak 8.356.869,84 jiwa dari 13,2%, usia sekitar 25-44 tahun dengan jumlah 32.731.073,54 jiwa atau setara dengan 51,7%. Dan usia 45-54 tahun telah terdapat sekitar 28.679.257, 86 juta jiwa atau setara 45,3% dari jumlah kasus hipertensi, pada usia 55-64 tahun telah terdapat sebanyak 34.946.910, 24 juta jiwa dari 55,2%, usia 65-74 tahun sebanyak 40.011.679, 84 juta jiwa dari hasil 63,2% yang telah di data, dan usia 75 tahun keatas memiliki angka hipertensi tertinggi dibandingkan umur kurang dari 75 tahun yakni sebesar 69,5% setara dengan 44.000.185,9 juta jiwa (Riset Kesehatan Dasar Indonesia, 2018).

Terdapat 13 provinsi yang persentasenya melebihi angka nasional yakni sebesar 25,8%, tertinggi di Kepulauan Bangka Belitung (30,9%), sedangkan yang terendah di Papua sebesar (16,8%). Berdasarkan data tersebut yang terdiagnosis hanya 1/3 dari 25,8% orang yang mengalami hipertensi. Sedangkan 2/3 sisanya tidak terdiagnosis. Data menunjukkan yang minum obat hipertensi hanya 0,7% orang dari orang yang terdiagnosis tekanan darah tinggi. Sebagian besar orang takut untuk memeriksakan diri, sehingga tidak mengetahui bahwa hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya penyakit kardiovaskular (Desphande, 2013).

Di RS Mitra Masyarakat Timika Papua sendiri, menurut data yang didapat dari bagian Rekam Medik jumlah penderita hipertensi pada tahun

2018 sebanyak 656 orang, pada tahun 2019 penderita hipertensi sebanyak 1891 orang dan pada tahun 2020 sebanyak 2357 orang. Dan data tiga bulan terakhir pada tahun 2021 secara berturut-turut, September berjumlah 173 orang, bulan Oktober 160 orang dan bulan November berjumlah 177 orang.

Hipertensi bila terus terjadi akan memberikan reaksi tubuh yang tidak baik yakni akan terjadinya kerusakan pada organ tubuh. Gejala hipertensi umumnya memperlihatkan gejala sakit kepala atau rasa nyeri di bagian tekuk kepala, penglihatan kabur serta dapat membuat penderita menjadi pingsan, adapun cara penatalaksanaan para penderita hipertensi yakni dalam pemberian non farmakologi maupun farmakologi (PAPDI, 2014). Penatalaksanaan pada farmakologi dapat diberikan kepada pasien hipertensi dengan standar obat seperti golongan diuretik, menekan simpatetik atau simpatolitik, vasodilator arteriol, antagonis angiotensin atau di sebut ace inhibitor, serta penghambat saluran kalsium (blocker calcium antagonis) menurut (Muttaqin, 2012).

Penatalaksanaan non farmakologi yakni melakukan diet atau mengurangi berat badan, tidak mengkonsumsi rokok, menghindari kopi maupun alkohol dan mengurangi kadar garam yang berlebihan, makanan yang berlemak, hal ini dapat dilakukan dengan olahraga dengan teratur dan menjalani sesuatu yang membuat tubuh menjadi relaks (Maryam, 2010).

Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya hipertensi seperti; sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Gejala paling sering yang menyertai hipertensi adalah nyeri kepala dan kelelahan. Nyeri adalah peristiwa yang tidak menyenangkan pada seseorang dan dapat menimbulkan penderita sakit. Penyebab dari nyeri adalah adanya jaringan yang rusak. (Riyadi & Harmoko, 2012)

Berdasarkan studi terdahulu pada bulan November 2021, tampak sekali sangat menonjol perilaku umum yang dilakukan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami sakit kepala karena hipertensi

selalu diberikan *massase* punggung. Menariknya, hampir semua pasien tersebut mengungkapkan dapat menikmati sensasi *massase* punggung yang diberikan oleh keluarga.

Masase dan sentuhan, merupakan tehnik integrasi sensori yang mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Jika individu menganggap sentuhan sebagai stimulus untuk relaks, kemudian respon relaksasi akan muncul. Relaksasi dapat membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang dialami dan nyeri yang tak berkesudahan, (Rahayu & Yunarsih, 2016).

Adapun tehnik untuk melakukan *slow stroke back massage* dapat dilakukan dengan beberapa pendekatan salah satunya dengan usapan kulit dengan kecepatan 60 kali dalam waktu kurang lebih 3 menit secara perlahan dan berirama dengan tangan. Usapan yang pendek dan sirkuler cenderung lebih bersifat menstimulasi, sedangkan usapan yang panjang dan lembut dapat memberikan kesenangan dan kenyamanan bagi klien. Tehnik ini mudah dilakukan dan sederhana, sehingga setiap perawat dan institusi kesehatan bisa menerapkan dan mengatasi nyeri, (Adibah, 2016).

Menurut penelitian Latifah Arum Adibah dengan judul “Penerapan *Slow Stroke Back Massage* pada pasien hipertensi emergensi dengan masalah keperawatan nyeri (kepala) di ruang ICU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, menyatakan bahwa penerapan *Slow Stroke Back Massage* yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut pada pasien didapatkan penurunan nyeri. Pada saat dilakukan pengkajian hari pertama ditemukan skala nyeri pasien 6 kemudian turun secara bertahap menjadi menjadi skala nyeri kepala 1 pada hari ke empat. Kesimpulan dari studi kasus ini setelah pemberian tehnik *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) pada pasien hipertensi mampu menurunkan nyeri.

Berdasarkan data di atas dan masih tingginya angka kejadian Hipertensi di masyarakat, membuat penulis tertarik untuk melakukan studi kasus “Analisis Praktik Keperawatan *Slow Stroke Back Massase* Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Pada Tn. T Dengan Hipertensi Grade II Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua Tahun 2021”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Massage Punggung Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua”.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien hipertensi dengan terapi *slow stroke back massage* untuk mengurangi nyeri kepala di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pada klien dengan hipertensi yang meliputi pengkajian sampai evaluasi pada pasien yang mengalami nyeri kepala di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua
- b. Mampu menyusun diagnosa keperawatan klien hipertensi dengan gangguan nyeri (kepala) di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien hipertensi dengan gangguan nyeri (kepala) di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan yang tepat dalam asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan gangguan nyeri (kepala) di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua
- e. Mampu mengvaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada klien hipertensi dengan gangguan nyeri (kepala) di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teroritis

- a. Metode ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dalam meningkatkan khazanah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD).
- b. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan akurasi data terbaru dalam bidang penelitian lainnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wacana kepustakaan dan referensi tentang massage punggung terhadap penurunan nyeri kepala pada pasien hipertensi dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan Poltekkes Kemenkes Jayapura Papua.

b. Bagi Profesi

Hasil penulisan ini diharapkan dapat meningkatkan peran serta perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi khususnya dalam menerapkan tindakan *Massage Punggung* untuk menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi.

c. Bagi penulis

Memperoleh wawasan serta pengetahuan tentang pengaruh Massage Punggung, beserta masalah hipertensi dan konsep perawatannya sehingga dapat dijadikan sumber ilmu dan wawasan oleh penulis.

d. Poltekkes Kemenkes Jayapura Papua

Hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman bagi institusi pendidikan serta dapat menambah bahan kepustakaan sehingga dapat menambah informasi pengetahuan bagi pembaca.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Pengertian

Berbagai literatur penelitian membahas mengenai konsep dasar hipertensi, secara garis besar hipertensi adalah penyakit yang merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg (Kodim Nasrin, 2014).

Penyakit hipertensi adalah peningkatan abnormal tekanan darah, baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik, secara umum seseorang dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darah sistolik/diastolik $> 140/90$ mmHg (normalnya $120/80$ mmHg). Penyakit hipertensi di Indonesia akan terus mengalami kenaikan insiden dan prevalensi, berkaitan erat dengan perubahan gaya hidup, mengonsumsi makanan tinggi lemak, kolesterol, penurunan aktivitas fisik, kenaikan kejadian stres dan lain-lain (Herawati & Sartika, 2013).

Hipertensi merupakan suatu keadaan terjadinya peningkatan tekanan darah yang memberi gejala berlanjut pada suatu target organ tubuh sehingga timbul kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri / bilik kiri (terjadi pada otot jantung). Selain penyakit-penyakit tersebut, hipertensi dapat pula menyebabkan gagal ginjal, penyakit pembuluh lain, diabetes mellitus (Syahrini et al, 2012).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persiten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolic 90 mmHg. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan tekanan darah diastolic > 90 mmHg (Smeltzer, 2010).

Menurut Smeltzer, (2010) darah mengalir melalui sistem pembuluh tertutup karena ada perbedaan tekanan atau gradient tekanan antara ventrikel kiri dan atrium kanan :

- a. Tekanan ventrikuler kiri berubah dari setinggi 120 mmHg saat sistole sampai serendah 80 mmHg saat sistole
- b. Tekanan aorta berubah dari setinggi 120 mmHg saat sistole sampai serendah 80 mmHg saat diastole. Tekanan diastolik tetap dipertahankan dalam arteri karena efek lontar balik dari dinding elastis aorta. Rata-rata tekanan aorta adalah 100 mmHg.

2. Klasifikasi Hipertensi

WHO (2011), hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut :

Kategori tekanan darah	Tekanan darah sistol (mmHg)	Tekanan darah Diastoli (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130-139	Atau 85-99
Hipertensi ringan tingkat 1	140-159	90-104
Hipertensi sedang tingkat 2	160-179	105-114
Hipertensi berat tingkat 3	180-209	>115

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi (WHO, 2012)

Berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastolic dalam satuan mmHg tekanan darah dibagi menjadi beberapa kategori, AHA (*American Heart Association*) berdasarkan dibawah ini.

Kategori tekanan darah	Tekanan darah sistol (mmHg)	Tekanan darah Diastoli (mmHg)
Normal	≤ 130	≤ 80
Normal tinggi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi ringan tingkat 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi sedang tingkat 2	≥ 160	Atau ≥ 100
Krisis hipertensi	≥ 180	≥ 90

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi (American Heart Association, 2012)

Penyakit darah tinggi atau hipertensi dikenal dengan dua tipe klasifikasi, diantaranya hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer adalah suatu kondisi dimana terjadinya tekanan darah tinggi sebagai akibat dampak dari gaya hidup seseorang dan faktor lingkungan (Martha, 2012).

b. Hipertensi sekunder

Suatu kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi sebagai akibat seseorang menderita penyakit lain seperti gagal jantung, gagal ginjal atau kerusakan sistem hormone tubuh (Martha, 2012).

Klasifikasi hipertensi menurut etiologinya :

- 1) Hipertensi primer. Konsumsi Na terlalu tinggi, genetik, stress, psikologis
- 2) Hipertensi renalis, keadaan iskemik pada ginjal
- 3) Hipertensi hormonal
- 4) Bentuk hipertensi lain: obat, cardiovascular, neurogenic (Andy Sofyan, 2012)

3. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

1) Jantung

Berukuran sekitar satu kepalan tangan dan terletak di dalam rongga dada, batas kanannya terapat pada sternum kanan dan apeksnya pada ruang intercostalis kelima kiri pada linea midklavicular.

Hubungan jantung adalah atas pembuluh darah besar, bawah : diafragma, setiap sisi paru, belakang aorta desendens, oesophagus dan columna vertebra.

2) Arteri

Adalah tabung yang dilalui darah yang dialirkan pada jaringan dan organ. Arteri terdiri dari lapisan dalam: lapisan yang licin, lapisan tengah jaringan elastin/otot: aorta dan cabang-cabangnya besar memiliki lapisan tengah yang terdiri dari jaringan elastin (untuk menghantarkan darah untuk organ), arteri yang lebih kecil memiliki lapisan tengah otot (mengatur jumlah darah yang disampaikan pada satu organ).

Arteri merupakan struktur berdinding tebal yang mengangkat darah dari jaringan ke jaringan. Aorta diameternya sekitar 25 mm (1inci) memiliki banyak sekali cabang yang pada gilirannya terbagi lagi menjadi pembuluh yang lebih kecil yaitu arteri dan arteoli, yang berukuran 4 mm (0.16 inci) saat mereka mencapai jaringan. Arteiol mempunyai diameter yang lebih kecil kira-kira 30 mm. fungsi arteri mendistribusikan darah teroksigenasi dari sisi kiri jantung ke jaringan. Arteri ini mempunyai dinding yang kuat dan tebal tetapi sifatnya elastic yang terdiri dari 3 laipsan yaitu :

- a) Tunika intima. Lapisan yang paling dalam sekali berhubungan dengan darah dan terdiri dari jaringan endotel.
- b) Tunika media. Lapisan tengah yang terdiri dari jaringan otot yang sifatnya elastis/adventisia. Lapisan yang paling luar sekali terdiri dari jaringan ikat gembur yang berguna menguatkan dinding arteri

3) Arteriol

Arteriol adalah pembuluh darah dengan dinding otot polos yang relative tebal. Otot dinding arteriol dapat berkontraksi. Kontraksi menyebabkan konstriksi diameter pembuluh darah. Bila konstriksi bersifat local, suplai darah pada jaringan/organ berkurang./bila terdapat konstriksi umum tekanan darah akan meningkat.

- a) Pembuluh darah utama dan kapiler.

Pembuluh darah utama adalah pembuluh berdinding tipis yang berjalan langsung dari arteriol ke venul. Kapiler adalah jaringan pembuluh darah kecil yang membuka pembuluh darah utama.

Kapiler merupakan pembuluh darah yang sangat halus. Dindingnya terdiri dari suatu lapisan endotel. Diameternya kira-kira 0.008 mm. fungsinya mengambil hasil-hasil dari kelenjar, menyaring darah yang terdapat di ginjal, menyerap zat

makanan yang terdapat di usus, alat penghubung antara pembuluh darah arteri dan vena.

4) Sinusoid

Terdapat limpa, hepar, sumsum tulang dan kelenjar endokrin, sinusoid tiga sampai empat kali lebih besar dari pada kapiler dan sebagian dilapisi dengan sel sistem retikulo-endotelial.

Pada tempat adanya sinusoid, darah mengalami kontak langsung dengan sel-sel, dan pertukaran tidak terjadi melalui ruang jaringan. Saluran limfe mengumpulkan, menyaring, dan menyalurkan kembali cairan limfe ke dalam darah yang keluar melalui dinding kapiler halus untuk membersihkan jaringan. Pembuluh limfe sebagai jaringan halus yang terdapat didalam berbagai organ, terutama dalam vili usus.

5) Vena dan venul

Venul adalah vena kecil yang dibentuk gabungan kapiler. Vena dibentuk oleh gabungan venul. Vena memiliki tiga dinding yang tidak berbatasan secara sempurna satu sama lain. (*Gibson, John*. Edisi 2 tahun 2002, hal 110).

Vena merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari bagian atau alat-alat tubuh masuk ke dalam jantung. Vena yang ukurannya besar seperti vena kava dan vena pulmonalis. Vena ini juga mempunyai cabang yang lebih kecil disebut venulus yang selanjutnya menjadi kapiler. Fungsi vena membawa darah kotor kecuali vena pulmonalis, mempunyai dinding tipis, mempunyai katup-katup sepanjang jalan yang mengarah ke jantung.

b. Fisiologi

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. (Sudoyo Aru, dkk 2009 di dalam Nurarif, A.H, 2015).

Pada siklus jantung, systole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya.

Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

Curah jantung merupakan volume darah yang dipompakan selama satu menit. Curah jantung ditentukan oleh jumlah denyut jantung permenit dan stroke volume. Isi sekuncup ditentukan oleh :

- 1) Beban awal (pre-load)
 - a) Pre-load adalah keadaan ketika serat otot ventrikel kiri jantung memanjang atau meregang sampai akhir diastole. Pre-load adalah jumlah darah yang berada dalam ventrikel pada akhir diastole.
 - b) Volume darah yang berada dalam ventrikel saat diastole ini tergantung pada pengambilan darah dari pembuluh vena dan pengembalian darah dari pembuluh vena ini juga tergantung pada jumlah darah yang beredar serta tonus otot.
 - c) Isi ventrikel ini menyebabkan peregangan pada serabut miokardium.

- d) Dalam keadaan normal sarkomer (unit kontraksi dari sel miokardium) akan teregang $2,0\ \mu\text{m}$ dan bila isi ventrikel makin banyak maka peregangan ini makin panjang.
 - e) Hukum Frank-Starling : semakin besar regangan otot jantung semakin besar pula kekuatan kontraksinya dan semakin besar pula curah jantung. pada keadaan preload terjadi pengisian besar pula volume darah yang masuk dalam ventrikel.
 - f) Peregangan sarkomer yang paling optimal adalah $2,2\ \mu\text{m}$. Dalam keadaan tertentu apabila peregangan sarkomer melebihi $2,2\ \mu\text{m}$, kekuatan kontraksi berkurang sehingga akan menurunkan isi sekuncup.
- 2) Daya kontraksi
- a) Kekuatan kontraksi otot jantung sangat berpengaruh terhadap curah jantung, makin kuat kontraksi otot jantung dan tekanan ventrikel.
 - b) Daya kontraksi dipengaruhi oleh keadaan miokardium, keseimbangan elektrolit terutama kalium, natrium, kalsium, dan keadaan konduksi jantung.
- 3) Beban akhir
- a) After load adalah jumlah tegangan yang harus dikeluarkan ventrikel selama kontraksi untuk mengeluarkan darah dari ventrikel melalui katup semilunar aorta.
 - b) Hal ini terutama ditentukan oleh tahanan pembuluh darah perifer dan ukuran pembuluh darah. Meningkatnya tahanan perifer misalnya akibat hipertensi atau vasokonstriksi akan menyebabkan beban akhir.
 - c) Kondisi yang menyebabkan beban akhir meningkat akan mengakibatkan penurunan isi sekuncup.
 - d) Dalam keadaan normal isi sekuncup ini akan berjumlah $\pm 70\text{ml}$ sehingga curah jantung diperkirakan ± 5 liter. Jumlah ini tidak cukup tetapi dipengaruhi oleh aktivitas tubuh.

- e) Curah jantung meningkat pada waktu melakukan kerja otot, stress, peningkatan suhu lingkungan, kehamilan, setelah makan, sedang kan saat tidur curah jantung akan menurun.

4. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (idiopatik). Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan *cardiac output* atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik: respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.
- b. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stres lingkungan.
- d. Hilangnya Elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan etiologinya Hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

- a. Hipertensi Esensial Primer

Penyebab tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, system rennin angiotensin, efek dari eksresi Na, obesitas, merokok dan stress.

- b. Hipertensi sekunder

Dapat diakibatkan karena penyakit parenkim renal atau vaskuler renal. Penggunaan kontrasepsi oral yaitu pil, gangguan kardiovaskular dll.

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi primer:

- 1) Umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat)
- 2) Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)
- 3) Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- 4) 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) Minuman alcohol
- f) Minum obat-obatan (ephedrine, prednisone, epineprin)

5. Faktor-Faktor Resiko Hipertensi

a. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang tidak dapat diubah yang antara lain adalah :

1) Usia

Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan sistolik. Sedangkan menurut WHO memakai tekanan diastolic sebagai bagian tekanan yang lebih tepat dipakai dalam menentukan ada tidaknya hipertensi. Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur yang disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku sebagai akibatnya terjadi peningkatan tekanan darah sistolik.

2) Jenis kelamin

Faktor gender berpengaruh pada terjadinya hipertensi, dimana pria lebih banyak yang menderita hipertensi dibandingkan wanita, dengan rasio sekitar 2,29 untuk peningkatan tekanan darah sistolik. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita . Namun setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat. Setelah usia 65 tahun, terjadinya hipertensi pada wanita lebih meningkat dibandingkan dengan pria yang diakibatkan faktor hormonal. Penelitian di Indonesia prevalensi yang lebih tinggi terdapat pada wanita (Depkes, 2009).

3) Keturunan (*Genetic*)

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi, terutama pada hipertensi primer (*essensial*). Tentunnya faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membrane sel. Menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi, maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuannya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Depkes, 2006).

b. Faktor resiko yang dapat diubah.

Faktor resiko penyakit jantung coroner yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi antara lain merokok, diet rendah serat, kurang aktifitas gerak, berat badan berlebihan atau kegemukan, konsumsi alkohol, hiperlipidemia atau hiperkolestrolema, stress dan konsumsi garam berlebih sangat berhubungan erat dengan hipertensi (Depkes, 2009)

6. Patofisiologi

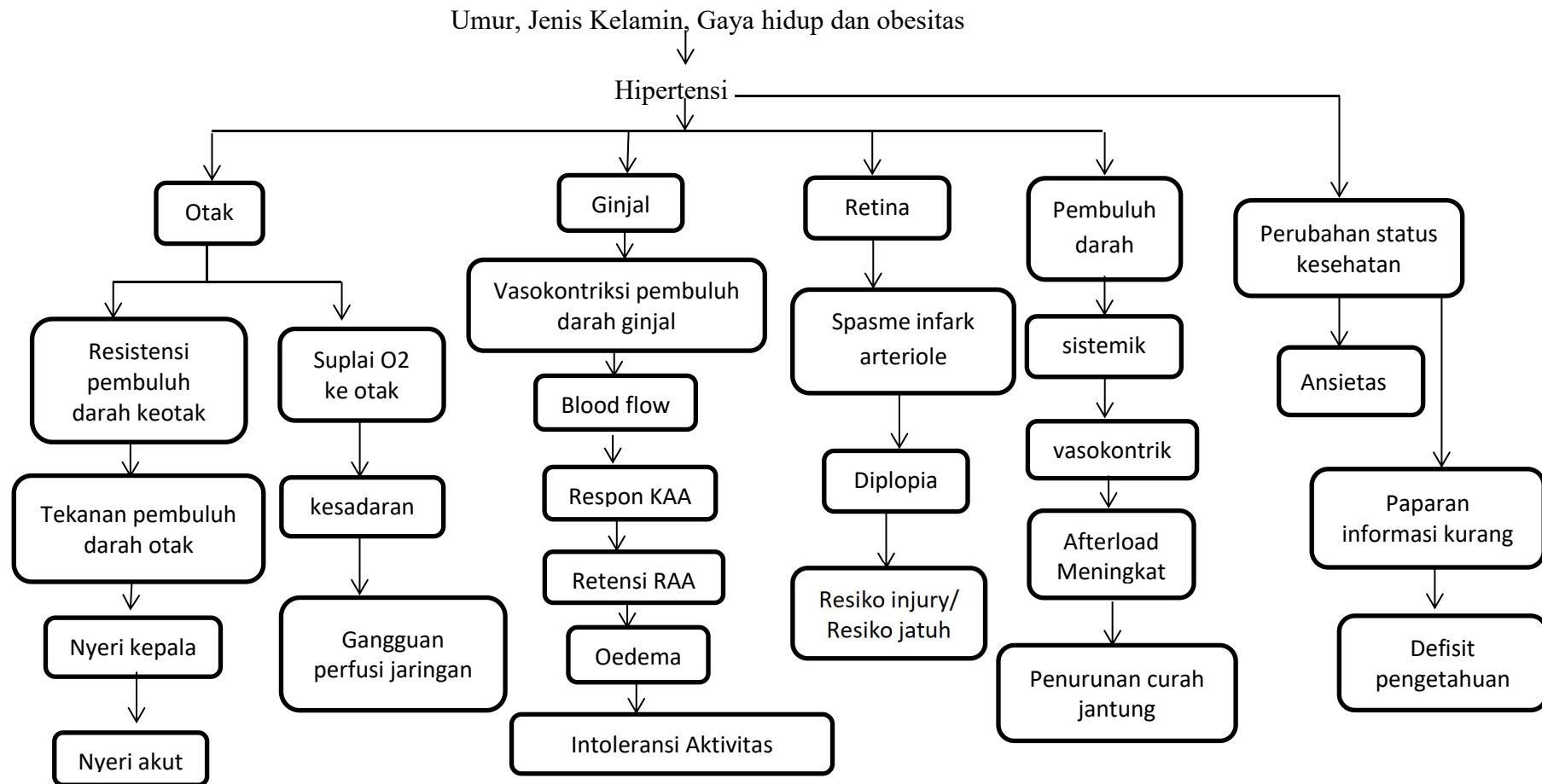
Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak pada pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula pada sistem saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia di toraks dan abdomen. Rangsangan pada vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah 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 norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatik merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi. Kelenjar adrenal juga merangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi.

Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut mencetuskan keadaan hipertensi (Sudoyo Aru, dkk 2009 dalam Nurarif, A.H, 2015).

7. Pathway



Gambar 2.1 *Pathway Hipertensi*

Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI, 2017

8. Tanda dan Gejala

Gejala awal yang mungkin timbul dari hipertensi:

- a. Sakit kepala
- b. Pandangan kabur
- c. Mengantuk
- d. Sulit bernafas
- e. Perdarahan dari hidung
- f. Pusing
- g. Wajah kemerahan
- h. Kelelahan
- i. Sedangkan pada hipertensi tahap lanjut pasien dapat mengalami sakit kepala terutama ketika bangun pagi, penglihatan kabur, epistaksis dan hipertensi. (Aristoteles, 2018).

9. Manifestasi Klinik

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah dan pada kasus berat edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila menunjukkan adanya kerusakan vaskuler dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang di vaskulerisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. (Aristoteles, 2018).

Perubahan patofisiologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinisasi pada malam hari) dan ezetoma (peningkatan bitrogen urea dan kreatinin). Keterbatasan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik yang bermanifestasi sebagai paralysis sementara pada satunsisi (hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan).

10. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Corwin (2009) meliputi :

- a. Pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi bertujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor resiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Biasanya diperiksa urin analisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa, kolesterol total, HDL, LDL).
- b. Pemeriksaan EKG. EKG (Pembesaran jantung, gangguan konduksi, IVP (dapat mengidentifikasi hipertensi, sebagai tambahan dapat dilakukan pemberian lain, seperti klirens, kreatinin, protein, asam urat, TSH dan ekokardiografi.
- c. Pemeriksaan diagnostik meliputi BUN atau creatinin (fungsi ginjal), *glucose* (DM) kalium serum (meningkat menunjukkan aldosteron yang meningkat), kalsium serum (peningkatan dapat menyebabkan hipertensi : kolesterol dan trigliserid (indikasi pencetus hipertensi), pemeriksaan tiroid (menyebabkan vasokonstriksi), urinalisa protein, gula (menunjukkan disfungsi ginjal), asam urat (faktor penyebab hipertensi).
- d. Pemeriksaa radiologi : foto dada dan CT Scan.

11. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Penatalaksaaan Keperawatan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg.

Hal yang perlu diperhatikan tekanan darah pada fase akut tidak boleh diturunkan lebih dari 20%. Penurunan tekanan darah rata-rata tidak boleh lebih dari 25% dari tekanan darah arteri rata-rata (Dewanto, 2009).

1) Terapi tanpa obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada pasien hipertensi sedang dan berat.

2) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

- a) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr
- b) Diet rendah kolestrol dan rendah asam lemak jenuh
- c) Penurunan berat badan dan penurunan asupan etanol
- d) Menghentikan rokok
- e) Latihan fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu : Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dll, intensitas olah raga yang baik antara 60-80% dari kapasitas aerobik atau 72-87% dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan . Lamanya latihan berkisar antara 20-25 menit berada dalam zona latihan. Frekuensi latihan sebanyak 3 x perminggu dan paling banyak 5 x perminggu

3) Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi:

- a) Teknik *biofeedback*

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subjek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subjek dianggap tidak normal.

- b) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks (penyuluhan).

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolannya sehingga pasien dapat memahami tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat

mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Penatalaksanaan Medis

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita.

Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. USA, 1998*) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Penatalaksanaan hipertensi dibedakan menjadi dua. Pada hipertensi ringan tanpa faktor risiko atau kerusakan organ, penatalaksanaanya adalah dengan perubahan gaya hidup dan memantau pasien selama 6-12 bulan. Pada hipertensi berat yang disertai dengan faktor resiko dan kerusakan organ, penatalaksanannya menggunakan terapi farmakologi atau obat (Weber, 2011).

1) Perubahan gaya hidup

Penangan tipe pertama untuk hipertensi identic dengan mengajurkan perubahan gaya hidup yang bersifat pencegahan dan meliputi perubahan diet, olah raga dan penurunan berat badan. Semua perubahan ini telah terbukti menurunkan tekanan darah secara bermakna pada orang dengan hipertensi.

Perubahan asupan diet seperti diet rendah natrium sangat bermanfaat. Diet rendah natrium jangka panjang (lebih dari 4 minggu) pada usia efektif menurunkan tekanan darah, baik pada penderita hipertensi maupun pada orang dengan tekanan darah normal.

2) Pengobatan dengan obat-obatan (farmakologis)

Obat-obatan hipertensi terdapat banyak jenis obat antihipertensi yang beredar saat ini. Untuk pemilihan obat yang tepat diharapkan menghubungi dokter.

a) Diuretik

Obat-obatan jenis diuretic bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan tubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan contoh obatnya adalah Hidroklorotiazid.

b) Penghambatan simpatetik

Golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas). Contoh obatnya adalah Metildopa, Klonidin dan Reserpin.

c) Betabloker

Mekanisme kerja antihipertensi obat ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis betabloker tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronkial. Contoh obatnya adalah metoprolol, Propranolol, dan atenol. Pada penderita Diabetes mellitus harus hati-hati, karena dapat menutupi gejala hipoglikemi (kondisi dimana kadar gula dalam darah turun menjadi sangat rendah yang bisa berakibat bahaya bagi penderitanya). Pada orang tua terdapat gejala bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan) sehingga pemberian obat harus hati-hati.

d) Vasodilator

Obat golongan ini bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos (otot pembuluh darah). Yang termasuk dalam golongan ini adalah prazosin, Hidralasin. Efek samping yang kemungkinan akan terjadi dari pemberian obat ini adalah sakit kepala dan pusing.

e) Penghambat enzim konversi Angiotensin

Cara kerja obat golongan ini adalah menghambat pembentukan zat angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah). Contoh obat yang termasuk golongan ini adalah kaptopril. Efek samping yang mungkin timbul adalah bentuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

f) Antagonis Kalsium

Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Yang termasuk golongan obat ini adalah Nifedipin, Diltiazem dan Verapamil. Efek samping yang mungkin ditimbulkan adalah sembelit, pusing, sakit kepala dan muntah.

g) Penghambat reseptor Angiotensin II

Cara kerja obat ini adalah dengan menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah Valsartan (Diovan).

c. Cara Mencegah Hipertensi

Sebelum penyakit hipertensi menyerang kita, akan lebih baik jika kita mencegahnya terlebih dahulu. Cara yang tepat untuk mencegah hipertensi, yaitu :

- 1) Tidak merokok karena nikotin dalam rokok dapat mengakibatkan jantung berdenyut lebih cepat dan menyempitkan pembuluh darah kecil yang menyebabkan jantung terpaksa memompa lebih kuat untuk memenuhi keperluan tubuh kita.
- 2) Kurangi konsumsi garam karena garam berlebih dalam darah dapat menyebabkan lebih banyak air yang disimpan dan ini mengakibatkan tekanan darah menjadi tinggi.
- 3) Kurangi lemak, lemak yang berlebih akan terkumpul di sekeliling pembuluh darah dan menjadikannya tebal dan kaku.
- 4) Pertahankan berat badan ideal
- 5) Olahraga secara teratur

- 6) Hindari konsumsi alkohol
- 7) Konsumsi makanan sehat, rendah lemak, kaya vitamin dan mineral alami.

d. Komplikasi

Menurut Corwin (2009) komplikasi hipertensi adalah :

- 1) Stroke akibat perdarahan tekanan tinggi di otak (embolus yang terlepas dari pembuluh darah non otak yang terpajan tekanan tinggi)
- 2) Dapat terjadi infeksi miokardium akibat tidak cukup untuk mendapatkan suplai oksigen.
- 3) Terjadi gagal ginjal akibat kerusakan progresif akibat tekanan tinggi kapiler-kapiler ginjal glomerulus
- 4) Ensefalopati terutama hipertensi maligna
- 5) Wanita hamil dapat mengalami kejang
- 6) Pada jantung terjadi kegagalan fasil jantung
- 7) Pada susunan saraf pusat (SSP) terjadi stroke
- 8) Pada ginjal terjadi kegagalan ginjal menahan uremia.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Ali (2009) proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan. Asuhan keperawatan diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan hipertensi meliputi tingkat kesadaran, hasil tanda-tanda vital, frekuensi jantung meningkat, irama nafas meningkat (Padila, 2013).

Adapun proses pengkajian gawat darurat yaitu pengkajian primer (*primary assessment*). *Primary assessment* dengan data subjektif yang didapatkan yaitu : adanya keluhan sakit kepala, pusing leher tegang. Keluhan penyakit saat ini : mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit tedahulu: adanya penyakit jantung atau riwayat penyakit hipertensi, kebiasaan makan makanan tinggi kalium, kebiasaan minum alcohol, dan merokok, sress.

Data objektif: airway adanya perubahan pola napas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas normal. Breathing dilakukan auskultasi dada terdengar normal, Respiration rate $>24x/mnt$. Circulation adanya perubahan tekanan darah atau normal (hipertensi). Perubahan frekuensi jantung (brakikardi, takikardi). Disability adanya lemah/lelah, pusing, mual/muntah.

Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya penurunan kesadaran, perubahan fungsi gerak, perubahan penglihatan. Riwayat social dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalahgunaan alcohol dan adanya riwayat darah tinggi tak terkontrol. Pada sirkulasi adanya peningkatan nadi, irama, denyut nadi kuat, ekstremitas teraba hangat/dingin warna kulit cyanosis, pucat, kemerahan, capillary refill time <2 detik, adanya edema pada muka, tangan, tungkai, adanya perubahan pada eliminasi urin dan fekal, penurunan nafsu makan, muntah. Pengobatan sebelum masuk Instalasi Gawat Darurat yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian yaitu PQRST. Faktor pencetus (P: provoke), kualitas (Quality), lokasi (Region), keparahan (S: severe) dan durasi (T: time).

Setelah melakukan pengkajian primer dan sekunder selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini meliputi yang pertama, pemeriksaan tingkat kesadaran sebagai indictor yang paling awal dan paling dapat dipercaya dari perubahna status dan keadaan neurologis, juga peningkatan tekanan intracranial ditandai dengan sakit kapala,

mual/muntah dan pemeriksaan skala pengukuran otot diukur dengan (0) kontraksi otot tidak terdeteksi, (1) kejapan yang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi, (2) pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi, (3) pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan, (4) pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit melawan tahanan (5) pergerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot (kekuatan otot normal).

Pengkajian responsiveness (kemampuan untuk bereaksi) menggunakan level kesadaran kuantitatif yaitu Coma Scale yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya. Apaty, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh. Delirium yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu) memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhalusinasi. Somnolent (obtundasi, letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal. Stupor (stupor, koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri, coma (comatose) yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak bisa respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin tidak ada respon pupil terhadap cahaya) dengan Glasgow coma scale (GCS), respon pasien yang perlu diperhatikan mencakup 3 hal yaitu reaksi membuka mata, bicara dan motorik. Hasil pemeriksaan dinyatakan dalam derajat (score) dengan rentang angka 1-6 tergantung responnya. Eye (respon membuka mata) : (4) : spontan, (3) : dengan rangsangan suara (suruh pasien membuka mata), (2) : dengan rangsang nyeri (berikan rangsangan nyeri misalnya menekan kuku jari), (1) : tidak ada respon. Verbal (respon verbal) : (5) orientasi baik, (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disorientasi tempat dan waktu, (3) : kata-kata saja.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (NANDA, 2012).
Perumusan diagnosa keperawatan :

- a. Aktual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan
- b. Resiko : menjelaskan masalah kesehatan nyata yang akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi
- c. *Wellness* : keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ketingkat sejahtera yang lebih tinggi.
- d. *Sindrom* : diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan aktual dan resiko tinggi yng diperlukan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa berdasarkan SDKI adalah :

1. Gangguan pertukaran gas (D.0003)

Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler

Penyebab : Perubahan membran alveolus-kapiler

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a) Subjektif : Dispnea
- b) Objektif :PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

Kriteria minor :

- a) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur

- b) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun.
- 2. Penurunan curah jantung (D.0008)
 - Definisi : ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
 - Penyebab : perubahan preload, perubahan afterload dan/atau perubahan kontraktilitas
 - Batasan karakteristik :
 - Kriteria mayor :
 - a) Subjektif : Lelah
 - b) Objektif : Edema, distensi vena jugularis, central venous pressure (CVP) meningkat/,menurun
 - Kriteria minor :
 - a) Subjektif : -
 - b) Objektif : Murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun
- 3. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, meringis, gelisah, sulit tidur, diaforesis.
 - Batasan karakteristik :
 - Kriteria mayor :
 - a) Subjektif : Mengeluh nyeri
 - b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
 - Kriteria minor :
 - a) Subjektif : -
 - b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.
- 4. Intoleransi Aktivitas ((D.0056)
 - Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
 - Penyebab : kelemahan

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a) Subjektif : Mengeluh lelah
- b) Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Kriteria minor :

- a) Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah
- b) Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

5. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab : kurang terpapar informasi

Batasan karakteristik :

Kriteria mayor :

- a) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi
- b) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Kriteria minor :

- a) Subjektif : Mengeluh pusing, anorexia, palpitasi, merasa tidak berdaya
- b) Objektif : Frekuensi napas dan nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

6. Resiko Jatuh (D.0143)

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Risiko :

- a) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (Pada anak)
- b) Riwayat jatuh
- c) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- d) Penggunaan alat bantu berjalan
- e) Penurunan tingkat kesadaran
- f) Perubahan fungsi kognitif
- g) Lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing)
- h) Kondisi pasca operasi
- i) Hipotensi ortostatik
- j) Perubahan kadar glukosa darah
- k) Anemia
- l) Kekuatan otot menurun
- m) Gangguan pendengaran
- n) Gangguan keseimbangan
- o) Gangguan penglihatan (mis. Glaucoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus)
- p) Neuropati
- q) Efek agen farmakologis (mis. Sedasi, alcohol, anastesi umum)

3. Rencanaa Asuhan Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi konyinuitas asuhan keperawatan dari satu perawat ke perawat yang lainnya, sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan kkeperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan pasien jangka panjang (*Potter& perry*, 2010).

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa berdasarkan SIKI seperti terlihat di bawah ini:

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan Hipertensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan pertukaran gas	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas meningkat. Kriterian hasil : Pertukaran gas (L.01003) 1. Dipsnea menurun 2. Bunyi nafas tambahan menurun 3. Ppola nafas membaik 4. PCO2 dan O2membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014) 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor nilai AGD 5. Monitor saturasi oksigen 6. Auskultasi bunyi nafas 7. Dokumentasikan hasil pemantauan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 9. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> 10. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidu
Penurunan curah jantung	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : curah jantung (L.02008) 1. Tanda vital dalam rentang normal 2. Kekuatan nadi perifer meningkat 3. Tidak ada edema	Perawatan jantung (I.02075) 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi stres, <i>jika perlu</i> 6. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi

		7. Anjurkan berakitifitas fisik secara bertahap 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
Nyeri akut	Setelah dilakukan intervensi selama jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons 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. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <i>Terapeutik :</i> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.

		3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Intoleransi Aktivitas	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktifitas meningkat. Kriteria hasil : Toleransi aktivitas (L.05047) 1. kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2. Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan 3. Pasien mengatakan dyspnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun	Manajemen energi (I.050178) 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Sediakan lingkungan yang nyaman dan endah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4. Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Ansietas	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun. Kriteria hasil : (Tingkat ansietas L.09093) 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Terapi reduksi (I.09314) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, jika perlu 7. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

4. Implementasi / Tindakan Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartanah, 2015).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status 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 & Muryanti, 2017).

Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
- b. *Interdependen/Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
- c. *Dependent Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Proses asuhan keperawatan, (berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun).
- b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, juga menjelaskan tentang tujuan dalam pendokumentasian yaitu :

- a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual, edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b. Tagihan *financial*

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (*reimburse*) atas pelayanan yang diberikan bagi pasien

c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketetapan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

f. Dokumentasi gagal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

g. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu audit dan pemantauan.

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan (Smeltzer 2002, dalam Andarmoyo, 2013).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Nyeri

adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan (Stanley & Beare, 2009).

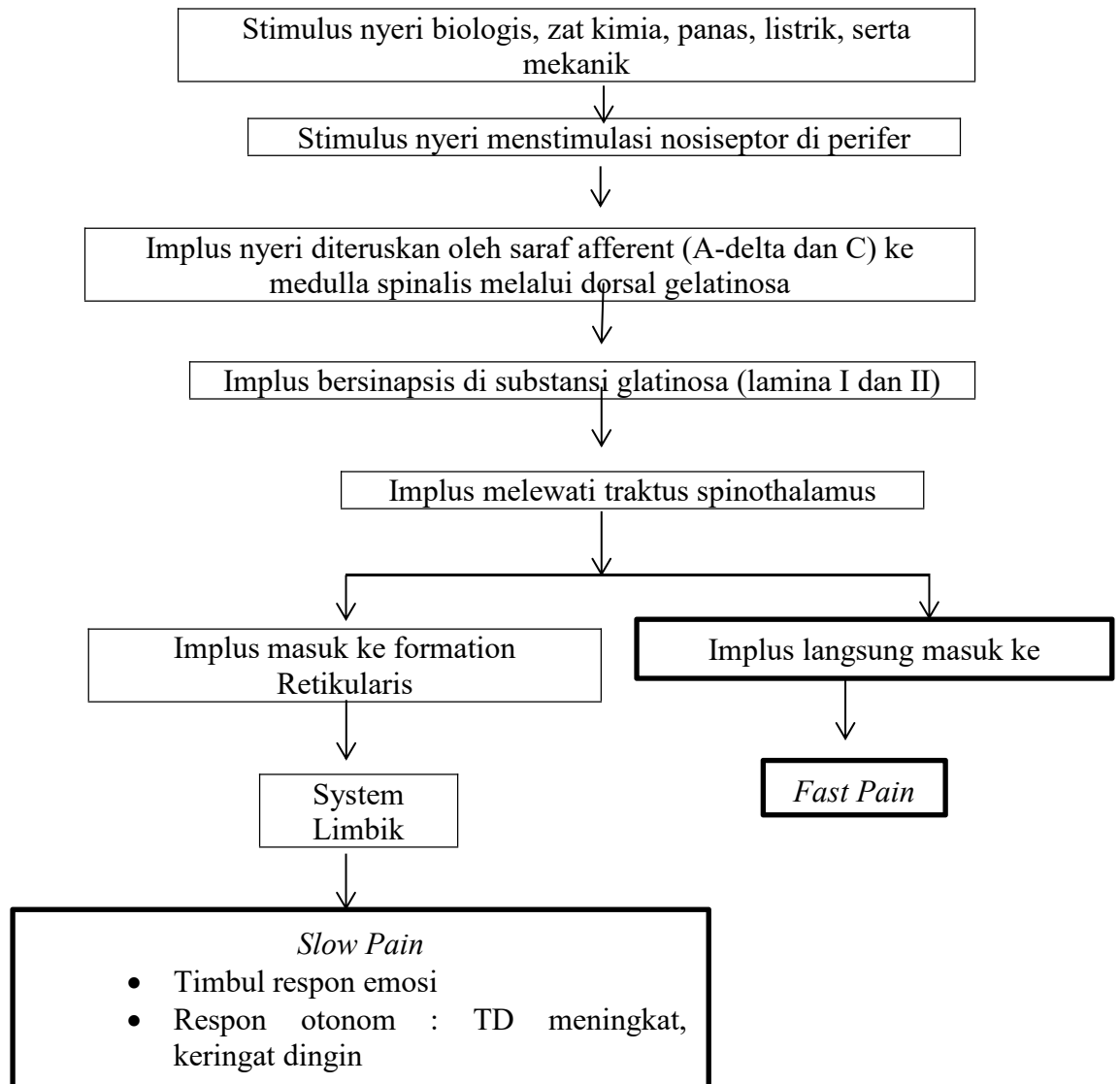
Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri kronik merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2017 & NANDA *International*, 2015-2017).

2. Etiologi Nyeri

Adanya jaringan tubuh yang rusak, contoh : patah tulang, luka, pusing, sakit gigi, dan lain sebagainya (Riyadi & Harmoko, 2012). Penyebab rasa nyeri menurut Pujilestari (2017) :

- a. Penyebab yang berhubungan dengan fisik :
 - 1) Trauma
 - 2) Neoplasma
 - 3) Peradangan
 - 4) Ganggaun sirkulasi darah
- b. Penyebab yang berhubungan dengan psikis
 - 1) Trauma psikologis

3. Proses Terjadinya Nyeri



Gambar 2.2. Proses Terjadinya Nyeri (Andarmoyo, 2013)

4. Fisiologi Nyeri

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi dan perilaku. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan implus melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai didalam massa abu-abu dimedulla spinalis (Andarmoyo, 2013).

Pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebal. Sekali stimulus nyeri mencapai

stimulus korteks serebal, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Supriansyah, 2013)

- a. Semua kerusakan seluler, yang disebabkan oleh stimulus internal, mekanik, kimiawi atau stimulus listrik menyebabkan pelepasan substansi yang menghasilkan nyeri. Pernapasan terhadap panas atau dingin, tekanan, friksi dan zat-zat kimia menyebabkan pelepasan substansi, seperti histamine, bradikinin dan kalium, yang bergabung dengan lokasi reseptor di nosiseptor (reseptor yang merespon terhadap stimulus yang membahayakan) untuk memulai transmisi neural, yang terkait dengan nyeri (Clancy dan McVicar (1992), dalam Potter & Perry, 2009).

Apabila kombinasi dengan reseptor nyeri mencapai ambang nyeri (tingkat intensitas stimulus minimum yang dibutuhkan untuk membangkitkan suatu impuls saraf), kemudian terjadi aktivitas neuron nyeri. Karena terdapat variasi dalam bentuk dan ukuran tubuh, maka distribusi reseptor nyeri di setiap bagian tubuh bervariasi. Hal ini menjelaskan subjektivitas anatomis terhadap nyeri. Bagian tubuh tertentu pada individu yang berbeda lebih atau kurang sensitif terhadap nyeri. Selain itu, individu memiliki kapasitas produksi substansi penghasil nyeri yang berbeda-beda, yang dikendalikan oleh gen individu itu sendiri.

- b. Neuroregulator

Neuroregulator atau substansi yang mempengaruhi transmisi stimulus saraf memegang peranan yang penting dalam suatu pengalaman nyeri. Substansi ini ditemukan di lokasi nosiseptor, di terminal saraf di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis. Neuroregulator dibagi menjadi dua kelompok, yakni neurotransmitter dan neuromodulator. Neurotransmitter, seperti substansi P mengirim impuls listrik melewati celah sinaps di antara dua serabut saraf tersebut adalah serabut eksitator atau inhibitor. Neuromodulator memodifikasi

aktivitas neuron dan menyesuaikan atau memvariasi transmisi stimulus nyeri tanpa secara langsung mentransfer tanda saraf melalui sebuah sinaps.

c. Teori pengontrol nyeri (*Gate Control*)

Implus nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat pertahanan ditutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan.

Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A, akan menutup mekanisme pertahanan. Mekanisme penutupan ini diyakini dapat terlihat saat seseorang menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal serabut beta-A, akan menutupi mekanisme pertahan. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal serabut beta-A dan C maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersiapkan sensasi nyeri. Bahkan, jika implus nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri (Potter & perry, 2006).

Alur saraf desenden melepaskan opiate endogen, seperti *endorphine* dan *dinofrin*, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. teknik distraksi, konseling dan pemberian placebo merupakan upaya untuk melepaskan *endorphine* (Potter & Perry, 2006).

d. Presepsi

Presepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri stimulus nyeri ditransmisikan naik ke medulla spinalis ke thalamus dan otak tengah. Dari thalamus, serabut mentransmisikan pesan nyeri ke berbagai area otak, termasuk korteks sensori dan korteks limbic. Ada sel-sel di dalam sistem limbic yang diyakini mengontrol emosi, khususnya untuk ansietas. Dengan demikian, sistem limbic berperan aktif dalam memproses reaksi emosi terhadap nyeri. Setelah transmisi saraf berakhir di dalam pusat otak yang lebih tinggi, maka individu akan mempersepsikan sensasi.

5. Manifestasi Nyeri

Tanda dan gejala nyeri ada beberapa macam perilaku yang tercemini dari pasien, namun beberapa hal yang sering terjadi secara umum orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis berupa :

- a. Suara : menangis, merintih, menarik menghembuskan nafas
- b. Ekspresi wajah : meringis, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut, menggigit bibir.
- c. Pergerakan tubuh : kegelisahan, mondar-mandir, gerakan menggosok atau berirama, gerakan melindungi bagian tubuh, mobilisasi dan otot tegang.
- d. Interaksi sosial : menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu.

6. Respon Fisiologis

Respon fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu. Pada saat impuls nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan hipotalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus, berat, dalam dan melibatkan organ-organ

dalam atau visceral maka sistem saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi (Andarmoyo, 2013).

7. Respon Perilaku

Respon perilaku yang ditujukan oleh pasien sangat beragam. Meskipun respon perilaku pasien dapat menjadi indikasi pertama bahwa ada sesuatu yang tidak beres, respon perilaku seharusnya tidak boleh digunakan sebagai pengganti untuk mengukur nyeri kecuali dalam stimulus yang tidak lazim dimana pengukuran tidak memungkinkan (misal orang tersebut menderita retardasi mental yang berat atau tidak sadar) (Andarmoyo, 2013).

8. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (kurang dari 6 bulan).

9. Pengukuran Intesitas Nyeri

Menurut Perry & Potter (1993) nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-Ray atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat diramalkan berdasarkan tanda dan gejala, kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku pasien, serta dengan pengkajian nyeri :

- a) P (*Pemacu*) : Faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri
- b) Q (*Quality*): Kualitas nyeri dikatakan seperti apa yang dirasakan pasien misalnya, seperti diiris-iris pisau, dipukul-pukul, disayat.
- c) R (*Region*) : Daerah perjalanan nyeri
- d) S (*Severity*): Keparahan atau intensitas nyeri

- e) T (*Time*) : Lama waktu seragam atau frekuensi nyeri (Hidayat, 2009).

10. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, menurut Potter & Perry (2006), antara lain :

a) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

b) Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita, akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.

c) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka menyatakan bahwa sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis *opiate endogen* dan sehingga terjadilah persepsi nyeri.

d) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda terhadap nyeri tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya, nyeri pada seorang wanita yang

melahirkan, akan berbeda persepsinya terhadap nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya.

e) Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya penglihatan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Biasanya hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu pengalihan.

f) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas serngkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi seseorang terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

g) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan pengobatan sensasi nyeri semakin intensip dan menurunkan kemampuan coping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri terasa lebih berat dan jika mengalami suatu proses periode tidur yang baik maka nyeri berkurang.

h) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul, dan juga sebaliknya. Akibatnya kelain akan lebih siap untuk melakukan tindakan tindakan yang di perlukan untuk menghilangkan nyeri.

i) Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian, gaya koping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri.

j) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Walaupun nyeri dirasakan, kehadiran orang yang bermakna bagi pasien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

11. Karakteristik Nyeri

Laporan tunggal klien tentang nyeri yang akan dirasa merupakan indikator tunggal yang paling dapat dipercaya tentang keberadaan dan intensitas nyeri dan apapun yang berhubungan keberadaan dan intensitas nyeri dan apapun yang berhubungan dengan ketidaknyamanan (NIH, 1996, dalam Potter, 2006).

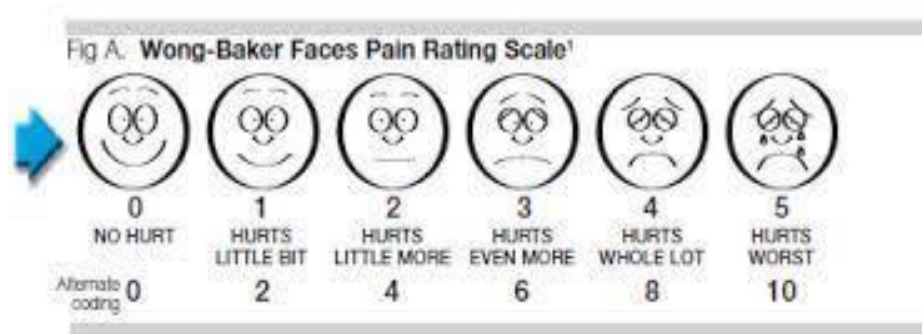
Skala diskriptif merupakan alat pengukur tingkat keparahan yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri 3 sampai 5 kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di rangking dari tidak terasa nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. Perawat menunjukan skala tersebut dan meminta klien memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. Skala paling efektif yang digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasi patokan 10 cm (AHCPR, 1992 dalam Potter & Perry, 2006).

Ada beberapa skala penilain nyeri pada pasien :

a) *Beker Faces Scale Wong Pain Rating*

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak,

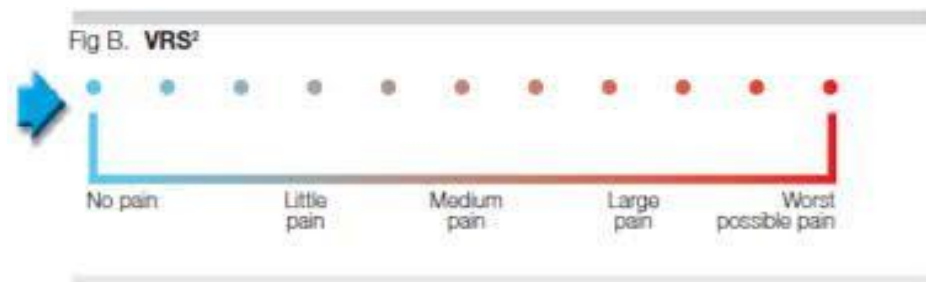
orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa local setempat.



Gambar 2.3 Beker Faces Scale Wong Pain Raiting

b) *Verbal Raiting Scail (VRS)*

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan berdasarkan lima poin : tidak nyeri, ringan, sedang berat dan sangat berat



Gambar 2.4 Verbal Raiting Scail (VRS)

c) *Numerikcal Reting Scail (NRS)*

Pertama sekali ditemukan oleh Downie dkk tahun 1978, dimana pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang ia rasakan dengan menunjukan 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukan tidak ada nyeri dan angka 5 atau 10 menunjukan nyeri yang hebat.

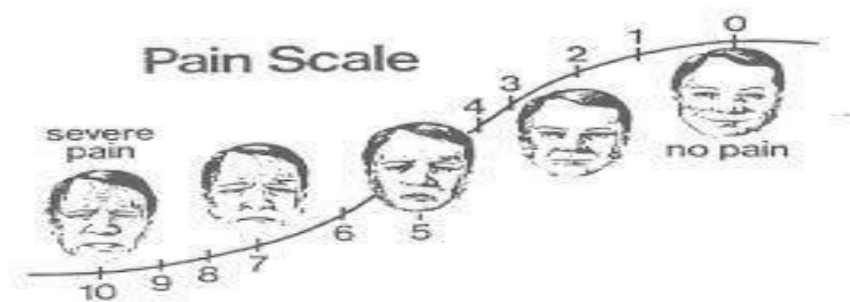


Gambar 2.5 Numerikcal Reting Scail (NRS)

d) *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala yang pertama sekali ditemukan oleh Keele pada tahun 1984 yang merupakan skala dengan garis lurus 10 cm, dimana awal garis (0) penanda tidak ada nyeri dan akhir garis (10) cm, menandakan nyeri hebat. Mengekspresikan nyeri yang dirasakan, penggunaan skala VAS lebih gampang, efisien dan lebih mudah dipahami oleh penderita dibandingkan dengan skala nyeri lainnya.

Penggunaan VAS telah direkomendasikan oleh Coll karena selain telah digunakan secara luas, VAS juga secara metodologis kualitasnya lebih baik, dimana juga penggunaannya relative mudah, hanya dengan menggunakan beberapa kata sehingga kosa kata tidak menjadi permasalahan. Wilianson dkk juga melakukan kajian pustaka atas tiga skala ukur nyeri dan menarik kesimpulan bahwa VAS secara statistik paling kuat rasionalnya karena dapat menyajikan data dalam bentuk rasio. Nilai VAS antara 0-4 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesik. Nilai VAS > 4 dianggap nyeri sedang menuju berat sehingga pasien merasa tidak nyaman sehingga perlu diberikan obat analgesik penyelamat (*rescue analgesic*).



Gambar 2.6 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Menurut (Smeltzer & Beare, 2006) :

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

- 4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat, secara obyektif terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi rasa nyeri.
- 10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

12. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri melibatkan pendekatan multidisiplin, dan di beberapa pelayanan kesehatan terdapat perawat spesialis atau tim nyeri khusus. Penatalaksanaan ini memerlukan pendidikan bagi petugas kesehatan, pendekatan yang terstruktur, informasi dan pendidikan bagi petugas kesehatan, pendekatan yang terstruktur, informasi dan pendidikan yang memadai bagi pasien dan pengkajian secara teratur. Penatalaksanaan mencakup berbagai intervensi yang dipilih untuk memenuhi kebutuhan masing-masing pasien (Andarmoyo, 2013)

13. Sifat Nyeri

McCaferry (1980, dalam Andarmoyo, 2013) mengatakan nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual, "*Whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does*". Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri.

McMahon (1994, dalam Andarmoyo, 2013), menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain : nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, dan bersifat berkesudahan.

D. Konsep *Slow Stroke Back Massage*

1. Definisi

Massage merupakan salah satu cara perawatan tubuh yang paling tua dan paling bermanfaat dalam perawatan fisik (badan). Massage mengarahkan penerapan manipulasi (penanganan) perawatan dari bagian luar tubuh yang dilakukan dengan perantaraan tangan atau dengan bantuan alat-alat listrik (mekanik) seperti steamer facial, vibrator dan sebagainya (Muttaqin, 2009)

Slow stroke back massage (SSBM) adalah stimulus ketaneus yang dilakukan dengan beberapa pendekatan salah satu metode dilakukan adalah dengan mengusap kulit klien secara perlahan dan berirama dengan tangan dengan kecepatan 60 kali usapan per menit dengan waktu selama 3 menit (Adibah, 2016)

Massage dan sentuhan, merupakan teknik integrasi sensori yang mempengaruhi aktifitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk relaks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang dialami dan nyeri yang tak berkesudahan. Salah satu teknik memberikan massage adalah tindakan massage punggung dengan usapan yang perlahan (*Slow-Stroke Back Massage*) (Rahayu & Yuniarsih, 2016).

Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorfin, sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri. Cara lainnya adalah dengan mengaktifkan transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan lebih cepat, sehingga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan A-delta berdiameter kecil sekaligus menutup gerbang sinaps untuk transmisi impuls nyeri. Degenerasi pada kartilago artikuler dan hipertrofi tulang atau pertumbuhan tulang berlebih dalam bentuk taji/tonjolan tulang yang terjadi pada penyakit (Rossalinda, 2015)

2. Klasifikasi *Slow Stroke Back Massage*

Ada lima macam tehnik SSBM secara khusus menurut Adibah (2016) meliputi : *eflaurage, friction, petrisage, vibration dan tapogate*.

a. *Eflaurage* atau gosokan

Eflaurage adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian-bagian tubuh yang di gosok. Tangan mengosok secara supel menuju ke arah jantung dengan dorongan dan tekanan. Dengan bentuk telapak tangan dan jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tetapi boleh juga menuju ke samping misalnya bagian dada, perut dan sebagainya. Tehnik *eflaurage* dilakukan pada permulaan massage dengan dosis 5 kali dan dosis 3 kali baik sebagian maupun untuk seluruh tubuh. Khasiat dari gerakan ini:

- 1) Menghilangkan secara mekanisme ses-sel epitel yang mati
- 2) Mempercepat pengangkutan zat-zat sampah dan darah yang mengandung karbondioksida

b. *Petrisage* atau pijatan

Yaitu gerakan dengan pijatan menggunakan empat jari yang merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan supel. Kesalahan pada umumnya ialah tidak lurusnya jari-jari tersebut. Bagian tubuh yang terletak dalam lekupan telapak tangan antara jari atau ibu jari. Gerakan pijatan tangan meremas otot yang sedikit ditarik ke atas seolah-olah akan memisahkan otot dan tulang selaputnya atau dari otot lainnya

c. *Tapotamen* atau pukulan

Gerakan pukulan dengan satu tangan atau kedua belah tangan yang dipukul-pukulkan pada obyek pijat secara bergantian. Efek dari tapotamen ialah : memperlancar peredaran darah vena, merangsang otot-otot, menimbulkan rasa nyaman dan kehangatan

d. *Frictitoin* atau gerusan

Gerakan gerusan kecil yang dilakukan dengan mempergunakan ujung tiga jari yang merapat, ibu jari, ujung siku, pangkal telapak tangan dan

yang bergerak berputar-putar searah atau berlawanan arah dengan jarum jam

e. *Vibration* atau gerakan

Gerakan getaran yang dilakukan dengan menggunakan ujung jari atau seluruh permukaan telapak tangan.

Sejarah menunjukkan bahwa pijat merupakan kegiatan tertua yang digunakan manusia untuk mengusir kelelahan dan stress. Terapi pijat akhirnya diakui merupakan salah satu cara paling jitu untuk meredakan rasa lelah, stress, otot kaku dan pegal-pegal. Di negara-negara barat, pijat dikenal dengan istilah *massage*.

Menurut buku terapi karangan Jordy Becker, kata *massage* berasal dari bahasa Arab *mash*, yang berarti “menekan dengan lembut”. Teori lainnya menyatakan bawa kata itu berasal dari bahasa Yunani *massein* yang artinya “menggosok”. Bisa juga dari bahasa Prancis *masser* yang artinya “meremas”. Di cina, teks tulisan paling tua tentang masalah medis Nei Ching yang ditulis oleh kaisar kuning yang berisi banyak referensi mengenai pijat untuk tujuan pengobatan.

3. Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

Keuntungan stimulasi ketaneus adalah tindakan ini dapat dilakukan di rumah, mengontrol gejala nyeri dan penanganannya, tidak membutuhkan biaya mahal, dapat dipelajari oleh keluarga dan hampir tidak ada kontra indikasi dalam tehnik *slow stroke back massage* ini.

Saat menggunakan tehnik *slow stroke back massage*, perawat dapat menghilangkan sumber suara berisik di lingkungan, dan membantu klien untuk mengambil posisi nyaman mungkin, dan menjelaskan tujuan terapi kepada klien (Adibah, 2016).

- a. Meningkatkan fungsi kulit
- b. Meningkatkan refleksi pada pencernaan
- c. Meningkatkan fungsi jaringan otot
- d. Meningkatkan pertumbuhan tulang dan gerak persendian

- e. Sistem Getah Bening : Pijat dapat mengosongkan saluran getah bening dan menyembuhkan bengkak.
- f. Sistem Kandung Kemih : Pijat dibagian punggung dan perut akan meningkatkan aktivitas ginjal yang mendorong pembuangan produk sisa metabolisme dan mengurangi penumpukan cairan
- g. Sistem reproduksi : Pijat pada bagian perut dan punggung dapat membantu meredakan masalah haid, seperti rasa sakit, pra menstruasi, haid tidak teratur dan lain-lain
- h. Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena (pembuluh balik) dan peredaran getah bening (air limfe)
- i. Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran di dalam sel-sel otot yang telah mengeras yang disebut miyogelosis (asam susu)
- j. Menyempurnakan pertukaran gas-gas dan zat-zat di dalam jaringan atau memperbaiki proses metabolisme
- k. Menyempurnakan pembagian zat-zat makanan ke seluruh tubuh
- l. Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan.
- m. Merangsang otot-otot yang dipersiapkan untuk bekerja yang lebih berat, menambah tonus otot (daya kerja otot). Efisiensi otot (kemampuan guna otot) dan elastisitet otot (kekenyalan otot)
- n. Merangsangi jaringan-jaringan syaraf, mengaktifkan syaraf sadar dan kerja syaraf otonomi (tak sadar).
- o. Membantu penyerapan (absorsi) pada peradangan bekas
- p. Membantu pembentukan sel-sel baru atau menyuburkan pertumbuhan tubuh
- q. Membersihkan dan menghaluskan kulit
- r. Memberikan perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh
- s. Menyembuhkan atau meringankan berbagai gangguan penyakit yang boleh dipijat

4. Khasiat Fisiologis Massage

Khasiat pengurutan badan, lengan, dan tungkai pada jaringan –jaringan tubuh :

- a. Meningkatkan peredaran darah kulit dan merangsang susunan sensorik kulit secara berirama
- b. Meningkatkan peredaran darah otot dan menghilangkan tegangan serabut-serabut otot
- c. Memperbaiki gangguan jaringan ikat (ligamentum)
- d. Melancarkan darah dan limfe
- e. Merangsang susunan saraf secara berirama untuk mencapai efek seudatif (merangsang dan menenangkan)
- f. Jaringan lemak : tidak terpengaruhi oleh massage

5. Prosedur *Slow Stroke Back Massage*

Prosedur pelaksanaan stimulus kutaneus *slow stroke back massage*, adalah:

- a. Fase Orientasi :
 - 1) Mengucapkan Salam
 - 2) Memperkenalkan diri
 - 3) Kontrak waktu
 - 4) Menjelaskan tujuan
 - 5) Menanyakan kesiapan pasien
- b. Fase Kerja
 - 1) Klien dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur miring, telungkup, atau duduk.
 - 2) Buka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya dengan selimut
 - 3) Sebelum melakukan SSBM, dilakukan pemeriksaan lokasi terlebih dahulu
 - 4) Setelah itu perawat mencuci tangan. Tangan sedikit lotion di tangan. Jelaskan pada responden bahwa akan terasa dingin dan basah. Gunakan losion/gel sesuai kebutuhan
 - 5) Lakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan

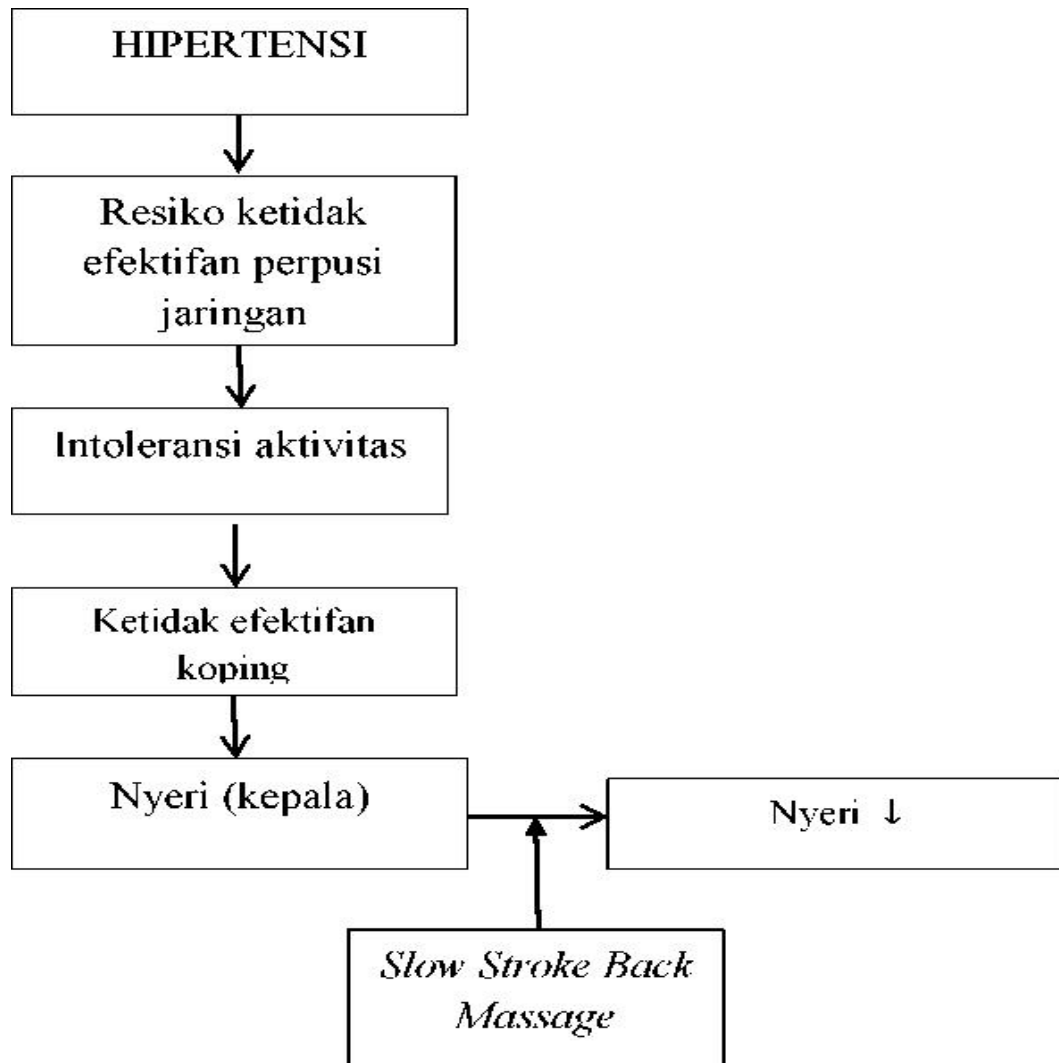
telapak tangan secara sirkuler dari bawah ke atas hingga pundak selama 3-10 menit. Jika responden mengeluh tidak nyaman prosedur langsung dihentikan

- 6) Akhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan
 - 7) Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien dengan handuk mandi
 - 8) Bantu memakai baju/piyama
 - 9) Bantu klien mengubah posisi yang nyaman
 - 10) Rapihkan alat dan cuci tangan
- c. Fase terminasi
- 1) Menyampaikan hasil anamnesa dan dokumentasi
 - 2) Menyampaikan rencana tindak lanjut dan berpamitan

6. Indikasi

Masase punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah. Identifikasi juga faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk masase punggung (Rossalinda, 2015).

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.7 Kerangka Konsep

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas klien

Dari hasil pengkajian pada tanggal 14 Desember 2021, jam 14:30 WIT, diperoleh hasil pengkajian dengan cara *autoanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat.

Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa pasien Bapak T, 56 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Kristen, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), pekerjaan tani, alamat rumah Jl. Garuda Sp 2 Timika Papua. BB : 65 Kg, TB : 160 cm, No RM : 00186708, pasien masuk dengan diagnosa medis *Hipertensi*. Pasien mengatakan sudah menderita hipertensi hampir 2 tahun.

a. Data Subyektif

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala belakang

2) *SAMPLE*

(a) *Symptom*

Pasien mengatakan nyeri kepala yang sangat amat sakit mulai tadi pagi sekitar pk1. 10:30 WIT, kepala pusing, mata berkunang-kunang, lemas kurang lebih sudah 2 hari yang lalu sebelum dibawa ke RS. Pasien mengatakan merasa cemas jika penyakitnya bertambah parah, pasien tidak bisa bekerja dan pasien meminta obat. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan hanya mengonsumsi amlodipine jika tekanan darahnya naik. Pasien mengatakan nyeri kepala timbul saat sedang bekerja. Pasien mengatakan dirinya terakhir makan waktu pagi sekitar pukul 10:00 WIT

P : hipertensi

Q : nyeri seperti ditusuk tusuk

R : Kepala bagian belakang

S : 7

T : Hilang timbul durasi 2-3 menit

(b) Alergies

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat-obatan dan makanan, cuaca dan debu. Pasien mengatakan dirinya terakhir makan waktu pagi sekitar pukul 10:00 WIT

(c) Medication

Pasien diberi injeksi obat Santagesik 2 ml

(d) Airway

DS : Pasien mengatakan tidak ada keluhan

DO: Tidak ada sumbatan jalan napas, tidak ada produksi sputum

(e) Breathing

Pasien bernapas dengan normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan

(f) Circulation

CRT kembali < 2 detik, akral dingin. Pasien diberi injeksi obat Santagesik 2 ml

(g) Disability

A: Pasien merespon dengan tepat

V: Pasien mendengarkan instruksi yang diperintahkan

P: Pasien merespon apa yang dirasakan

U: Pasien merespon rangsangan nyeri yang diberikan

Kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, keadaan umum tampak lemah.

(h) Exposure

Tidak terdapat jejas bagian abdomen, suhu tubuh 36,1°C

(i) Full set of vital sign

TD: 170 / 100 mmHg, N : 87 x/menit, RR : 22 x/menit, S: 36,1°C, skala nyeri : 7, SPO₂ 98%

(j) Secondary Survey (pengkajian head to toe)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil :

Kepala : bentuk kepala normal (masocefal).

Rambut :

tidak ada lesi, distribusi rambut merata, rambut keriting,
berwarna hitam bercampur dengan uban sedikit.

Mata :

pupil isokor, berespon terhadap cahaya, konjungtiva tidak
anemis, sclera tidak ikterik.

Telinga : tidak ada gangguan fungsi pendengaran.

Hidung :

tidak ada sekret, septum nasal utuh, tidak ada gangguan
fungsi penciuman.

Mulut :

tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir lembab,
tidak pucat.

Leher :

tidak ada gangguan menelan, tidak ada pembesaran kelenjar
getah bening dan tiroid.

Thorax :

bentuk normal chest, simetris, tidak menggunakan otot
bantu pernapasan, taktil fremitus sama di kedua paru, sonor
di seluruh lapang paru, tidak terdengar suara *wheezing*.

Abdomen

tidak ada distensi abdomen, tidak terdapat pembesaran
hepar, tidak ada keluhan genetalia, tidak terdapat oedema

Kekuatan otot :

5		5
5		5

B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds : - Pasien mengatakan sangat sakit/nyeri di kepalanya P : Hipertensi Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Di bagian kepala belakang S : 7 T : Hilang timbul 2-3 menit DO : - TD : 170/100 mmHg N : 89 x/menit RR : 22 x/menit T : 36,1°C - Pasien meringis - Pasien gelisah - Keadaan umum pasien lemah.	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan vascular ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri Kelapa	Nyeri Akut
2	DS : - Pasien mengatakan sakit ± 2 hari yang lalu - Klien mengatakan pandangan berkunang-kunang DO : - TTV : TD : 170/100 mmHg N : 89 x/menit RR : 22 x/menit T : 36,1°C - SPO2: 98 %	Hipertensi ↓ Gangguan sirkulasi vaskuler ↓ Afterload meningkat ↓ Penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung
3	DS - Pasien mengatakan merasa cemas jika penyakitnya bertambah parah pasien tidak bisa bekerja lagi DO - Pasien gelisah - Ekspresi pasien cemas	Hipertensi ↓ Perubahan situasi ↓ Informasi yang minim ↓ Defisiensi pengetahuan ↓ Ancaman pada status terkini ↓	Ansietas

		Cemas	
--	--	-------	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload meningkat
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler	Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri <i>Observasi :</i> 10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 11. Identifikasi skala nyeri. 12. Identifikasi respons nyeri non verbal. 13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 18. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <i>Terapeutik :</i> 1. Berikan teknik non farmakologis SSBM untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi :</i> 6. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri.

2	Penurunan curah jantung	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat. Kriteria hasil : (curah jantung L.02008) 4. Tanda vital dalam rentang normal 5. Kekuatan nadi perifer meningkat 6. Tidak ada edema	Perawatan jantung (I.02075) 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor intake dan output cairan 4. Monitor keluhan nyeri dada 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 6. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
3	Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun. Kriteria hasil : (Tingkat ansietas L.09093) 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Terapi reduksi (I.09314) 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 6. Anjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien, jika perlu 7. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

E. Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien Tn. T adalah dengan terapi non farmakologi yang umumnya digunakan untuk menurunkan nyeri kepala dengan melakukan terapi *massage punggung*.

Teknik *massage punggung* yaitu meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktifitas saraf simpatis dan meningkatkan saraf parasimpatis, sehingga menyebabkan terjadinya pelepasan endorfin yang membuat pembuluh darah menjadi vasodilatasi (Berman, Snyder, Kozier & Erb, 2009)

Adapun cara melakukan (SOP) terapi *massage punggung* adalah sebagai berikut :

1. Effleurage di seluruh punggung

Gerakan diawali mengusap punggung bagian bawah di atas bokong menggunakan kedua tangan. Masing-masing tangan mengurut sisi punggung. Gerakan tangan menuju ke arah leher. Ketika tangan mencapai ujung atas punggung tangan dipisahkan ke arah luar melewati bahu. Tangan dikembalikan keposisi awal tangan diluncurkan tanpa tekanan.

2. Effleurage menyamping di seluruh tubuh

Kedua tangan ditaruh mendatar di bagian tengah punggung bahwa di atas bokong dengan kedua pangkal tangan saling bersisikan. Gerakan kedua tangan kearah sisi tubuh dengan menggunakan pangkal tangan. Gerakan diulang menuju keatas punggung sampai seluruh punggung terurut.

3. Friction pada otot-otot punggung

Ujung jempol diposisikan pada dua lekukan tulang punggung yang tampak didasar punggung kemudian melakukan gerakan memutar dan tidak boleh melakukan tekanan langsung pada punggung. Usahakan jarak antara kedua sama ketika kedua tngan merambah menuju kebaggias atas punggung. Gerakan melingkar kearah luar dilakukan dengan perlahan tapi tegas dan menyusup kedalam ketika jari jempol ‘mencari’ simpul otot. Jika melakukannya dengan benar maka jempol akan terasa sakit setibanya dibagian leher. Kemudian kembali keawal dengan gerakan yang ringan.

4. Meluncurkan jempol pada punggung
Bantalan jempol diletakan pada lekukan punggung lagi, dan jempol ditunjukkan kearah atas menuju leher dengan tekanan yang kuat. Pada saat luncuran kearah bawah, tekanan jempol dikurangi dengan tekanan yang lebih ringan.
5. Mengurut otot-otot tulang punggung
Mulai dari wilayah bokong, pijat pada satu sisi menggunakan gerakan menggosok dan mendorong dengan kedua tangan berganti-gantian. Ikuti gerakan sepanjang lengan, dengan menuju kearah atas sampai bahu lalu turun lagi, tidak memijat langsung pada tulang punggung. Gerakan diulangi dengan menggosok pada sisi lain dari punggung.
6. Gerakan effleurage
Gerakan langkah kedua diulangi tetapi hanya di wilayah bagian bawah punggung dan bokong
7. Gerakan friction pada iliac creast (bagian atas panggul)
Bantalan jempol diletakan kembali pada lekukan tulang punggung. Lalu melakukan gerakan memutar dalam melewati iliac creast bagian atas panggul
8. Effleurage
Pijat effleurage pada seluruh punggung menggunakan tekanan yang kuat saat gerakan ke atas dan lembut sampai gerakan kembali turun
9. Gerakan lingkaran pada bahu
Taruh satu tangan mendatar di atas tangan lainnya lalu dengan kedua tangan, gerakan tangan bertumpuk tersebut melingkar sekeliling tulang belikat, sampai bahu terasa hangat dan lemas.
10. Friction pada tulang belikat
Pasien sebaiknya pada posisi melengkung lengan berada di punggung agar lebih mudah melihat tulang belikat. Jika posisi ini tidak nyaman, maka lengan boleh ditaruh disamping tubuh dengan gerakan memutar menggunakan tekanan di sekeliling tulang belikat. Ketika akan 'mencairkan' simpul-simpul saraf, menggunakan gerakan friction melingkar beberapa kali. Langkah ini dilakukan pada kedua belah belikat.

11. Petrisage pada bahu

Gerakan-gerakan secara ritmik dilakukan pada bagian atas bahu : mencomot, meremas dan memeras otot-otot bahu dan sekitarnya menggunakan dua tangan bergantian

12. Usap punggung

Kedua tangan dilemaskan, sentuh setiap punggung dengan jari-jari tangan dan gerakan tangan kearah gerakan mengusap dilakukan dengan ujung jari kearah bawah) beberapa kali.

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon
Selasa 14/12/2021 14.30	1	- Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Memberikan analgesic Antrain 2 ml - Memberikan teknik non farmakologi (Terapi Massage Punggung)	S : Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala P : hipertensi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : dibagian kepala belakang S : 7 T : hilang timbul 2-3 menit O : Pasien meringis S: - Pasien mengatakan nyeri kurang lebih sudah sejak dua hari yang lalu O : Pasien mampu menceritakan keluhannya S: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat O: Pasien tidak muntah saat diberikan obat S : - Pasien mengatakan bersedia dilakukan massage punggung O: - Pasien kooperatif dan mengikuti intruksi perawat dengan baik skala turun menjadi 4

		5. Meningkatkan istirahat	S: Pasien mengatakan susah istirahat ditempat ramai O: Pasien berusaha istirahat
14:30	2	1. Memonitor vital sign 2. Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk mengurangi aktivitas dan pergerakan 3. Menginstruksikan pasien untuk melaporkan ketidaknyamanan nyeri kepala 4. Memonitor tekanan darah, nadi suhu, frekuensi pernafasan	S: - Pasien mengatakan merasakan nyeri kurang lebih 2 hari O: - TD : 170/100 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,1 °C S: - Pasien mengatakan pusing dan mata berkunang-kunang O: - Pasien hanya berbaring di tempat tidur dan memejamkan mata S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan rileks O: Pasien kooperatif mengikuti instruksi perawat S : - O: - TD : 170/100 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 22 x/menit, S: 36,1 °C
15:10	3	1. Menenangkan pasien	S: Pasien mengatakan cemas jika penyakitnya bertambah parah

		2. Menyediakan aktivitas untuk menurunkan ketegangan	O: • Pasien memperhatikan penjelasan perawat • Pasien terlihat tenang S: • Pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas setelah diberi obat dan terapi massage punggung O: Pasien tampak bingung dengan kondisi saat ini
--	--	--	---

G. Evaluasi Keperawatan

Hari I

Tabel 3.4 Evaluasi keperawatan kasus

No	Hari Tanggal	Diagnosa	Evaluasi
1	Selasa 14/12/2021 15:45	Nyeri akut berhubungan peningkatan tekanan vaskuler	S : - Pasien mengatakan nyeri di kepalanya sudah berkurang - P : hipertensi - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian kepala belakang - S : 6 - T : hilang timbul 2-3 menit O: - Pasien lebih tenang - TD : 170/100 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36,1°C - Injeksi santagesik 2 ml A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien
2	15:45	Penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload meningkat	S: Pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi O: - TD : 170/100 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 20 x/menit, T : 36,1°C - SPO₂ : 98 % - Pasien terlihat tenang A : - Masalah penurun curah jantung teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien
3	16:00	Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini	S: - Pasien mengatakan lebih banyak berserah kepada Tuhan atas penyakit yang dideritanya O: - Pasien tenang - Ekspresi pasien cemas A : Masalah ansietas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien

Hari II

No	Hari Tanggal	Diagnosa	Evaluasi
1	Rabu 15/12/2021 16:30	Nyeri akut berhubungan peningkatan tekanan vaskuler	S : - Pasien mengatakan nyeri di kepalanya sudah berkurang nyeri berkurang - Pasien mengatakan lebih merasa nyaman dengan keadaan lingkungan yang sekarang - Pasien mengatakan kepala terasa sakit jika lingkungan bising - P : hipertensi - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : dibagian kepala belakang - S : 4 - T : hilang timbul 2-3 menit O: - Tampak keluarga pasien selalu membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari hari pasien - Pasien lebih tenang - TTV TD: 150/92 mmHg, P: 20 x/mnt, N: 88 x/mnt, S : 36,5 °C - Pasien tampak membaik, k/u baik A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien
2	16:30	Penurunan curah jantung	S: Pasien mengatakan kepala pusing sudah berkurang O: - TTV TD: 150/92 mmHg, P: 20 x/mnt, N: 88 x/mnt, S : 36,5 °C - SPO₂ : 98 % tanpa Oksigen - Pasien terlihat tenang A : - Masalah penuruna curah jantung teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien
3	16:40	Ansietas	S: - Pasien mengatakan lebih banyak berserah kepada Tuhan atas penyakit yang dideritanya O: - Pasien tenang

			• Ekspresi pasien cemas A : Masalah ansietas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan di bangsal perawatan pasien
--	--	--	---

Hari III

No	Hari Tanggal	Diagnosa	Evaluasi
1	Kamis 16/12/2021 16:30	Nyeri akut berhubungan peningkatan tekanan vaskuler	S : • Pasien mengatakan nyeri berkurang • Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman dengan keadaan sekarang • Pasien mengatakan sudah mulai dapat beradaptasi dengan keadaan lingkungan sekitar • P: Hipertensi Q : nyeri nyut-nyutan R : Kepala S : 1 T : Nyeri hilang timbul O: • Pasien tampak tenang • TTV TD: 130/90 mmHg, P: 18 x/mnt, N: 84 x/mnt, S : 36,5 °C • Pasien tampak membaik, k/u baik A : Masalah teratasi sebagian nyeri berkurang (2-1) P : Intervensi dihentikan
2	16:30	Penurunan curah jantung	S: Pasien mengatakan kepala pusing berkurang O: • Pasien tampak tenang • TTV TD: 130/90 mmHg, P: 18 x/mnt, N: 84 x/mnt, S : 36,5 °C • Pasien tampak membaik, k/u baik A : • Masalah penurunan curah jantung teratasi P : Intervensi dihentikan
3	16:40	Ansietas	S: • Pasien mengatakan dapat memahami keadaannya sekarang O: • Pasien tampak tenang • Pasien tampak memahami kalau hipertensi yang dialaminya karena factor keturunan A : Masalah ansietas teratasi

			P: Intervensi dihentikan
--	--	--	--------------------------

Berdasarkan hasil evaluasi studi kasus tersebut di atas, dapat diketahui bahwa sesudah dilakukan intervensi keperawatan dengan pemberian Teknik Relaksasi Progresif, maka terjadi penurunan skala nyeri yang dialami oleh pasien, seperti terlihat pada tabel 3.5 sebagai berikut :

TABEL 3.5
EVALUASI PENURUNAN SKALA NYERI PADA Tn. T SETELAH DILAKUKAN
INTERVENSI KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK MASSAGE*

No	Hari/Tgl.	Kondisi Pre –Skala Nyeri	Teknik Relaksasi	Kondisi Post
1	Selasa, 14 Desember 2021	7	Tehnik <i>slow stroke back</i> <i>massage</i>	6
2	Rabu, 15 Desember 2021	6	Tehnik <i>slow stroke back</i> <i>massage</i>	4
3	Kamis, 16 Desember 2021	2	Tehnik <i>slow stroke back</i> <i>massage</i>	1

Berdasarkan tabel 3.5 diketahui bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah dilakukan intervensi keperawatan dengan teknik *slow stroke back massage* selama tiga hari berturut- turut. Pada hari pertama skala nyeri pasien adalah 7, setelah dilakukan teknik relaksasi progresif maka skala nyeri turun menjadi 6. Pada hari kedua skala nyeri juga kembali turun dari skala 6 turun menjadi 4. Dan pada hari ketiga setelah dilakukan intervensi keperawatan dengan teknik progresif maka skala nyeri pada subjek kembali turun dari 2 turun menjadi 1.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Analisa Kasus Terkait Teori

Sesuai dengan tahapan proses keperawatan, maka penulis akan mengemukakan pembahasan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data yang sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien dan untuk mengidentifikasi semua masalah kesehatan yang aktual. Pengumpulan data pengkajian dilakukan dengan cara menumpulkan pengkajian kesehatan dan dengan pemantauan secara berkesinambungan agar tetap waspada terhadap kebutuhan pasien dan keefektifan dari rencana keperawatan yang diterima oleh pasien (Smeltzer, 2016)

Secara teoritis menurut Wijaya & Putri (2013) keluhan utama pasien hipertensi adalah sakit kepala, rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh dan pandangan kabur, berdebar atau detak jantung terasa cepat dan telinga berdenging yang memerlukan penanganan segera

Sedangkan pengkajian yang didapat oleh penulis terhadap Tn. T dengan keluhan pasien merasakan sakit kepala bagian belakang (leher/tengkuk), terasa tegang dan kaku. Dari kasus tersebut dapat dilihat

bahwa tidak ada kesenjangan antara pengkajian teoritis dengan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Wijaya & Putri (2013) diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi ada 4 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventikular
- b. Nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral
- c. Gangguan perfusi jaringan : serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi
- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung, nyeri (sakit kepala), gangguan perfusi jaringan : serebral, ginjal, jantung, gangguan pola tidur dan elektrolit, kurang pengetahuan.

Diagnosa keperawatan yang difokuskan oleh penulis adalah nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral, yang telah disesuaikan dengan diagnosa keperawatan (Wijaya & Putri, 2013). Pada kasus yang dialami Tn. T terjadi nyeri akut atau kronis yaitu peristiwa yang tidak menyenangkan pada seseorang dan dapat menimbulkan penderitaan / sakit (Riyadi & Harmoko, 2012).

Perumusan masalah keperawatan yang diambil oleh penulis adalah nyeri, hal ini didasarkan hasil pengkajian pada Tn. T berdasarkan data fokus pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang dan terasa tegang dan kaku pada leher bertambah ketika pasien bergerak, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 7 dan nyeri muncul sewaktu waktu, bertambah ketika beraktivitas, batasan karakteristik menurut Wijaya & Putri (2013).

Penulis memprioritaskan diagnosa Nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral dengan alasan karena nyeri yang dirasakan pasien merupakan salah satu masalah kebutuhan dasar manusia yang berkaitan dengan rasa nyaman, apabila kasus ini tidak diatasi dapat mengakibatkan gangguan aktivitas. Etiologi yang diangkat penulis pada masalah nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuer, hal ini didapatkan hasil pengkajian data subyektif pasien merasakan sakit kepala leher terasa tegang dan kaku, dan data objektif pasien tampak meringis, dan keadaan umum pasien lemah.

3. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria atau hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan atau diharapkan dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

Berdasarkan teori intervensi nyeri (sakit kepala) ialah pertahankan tirah baring, lingkungan yang tenang, minimalkan gangguan, dan rangsangan, batasi aktivitas, lakukan tindakan stimulasi ketaneus (*slow stroke back massage*), beri obat analgesik dan sedasi sesuai pesanan.

Perencanaan dan tujuan dari tindakan keperawatan menggunakan kaidah sesuai dengan sistematika SMART : spesifik (jelas), measurable (dapat diukur), acceptance, (rasional) dan timming. Kriteria hasil nyeri Tn. T berkurang menjadi 7-1, wajah tampak rileks, pasien mampu mengontrol nyeri, kepala tidak tearasa nyeri. Sedangkan penentuan waktu pencapaian selama 1 x 60 menit mungkin terlalu singkat untuk dicapai, mengingat nyeri mungkin tidak akan hilang sepenuhnya dalam kurun waktu tersebut.

Penyusunan intervensi dalam kasus ini tidak sepenuhnya sesuai dengan teori, namun disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan pasien. Kaji ulang karakteristik nyeri (PQRST) untuk mengetahui tingkat nyeri dan intervensi keperawatan mengkaji karakteristik nyeri, P: mengacu pada penyebab nyeri, Q: menjelaskan standart nyeri, R: mengacu pada daerah nyeri, S: menjelaskan tingkat keparahan nyeri, T: menjelaskan waktu terjadinya nyeri (Brunner dan Suddarth, 2002).

Massage dan sentuhan, merupakan teknik integrasi sensori yang mempengaruhi aktifitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk relaks, kemudian akan muncul respon relaksasi. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang dialami dan nyeri yang tak berkesudahan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan, yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi (Sari, 2017)

Penulis melakukan implementasi pada pasien untuk diagnosa nyeri yaitu mengkaji karakteristik nyeri (PQRST) dan observasi tanda-tanda vital. Semua intervensi yang dilakukan penulis dikarenakan untuk memenuhi semua kriteria hasil dan tercapai tujuan dari intervensi sehingga respon nyeri dapat berkurang (Mutaqqin dan Sari, 2011).

Menurut Potter dan Perry, 2005 salah satu tindakan sederhana dalam upaya menurunkan nyeri dengan stimulus ketaneus atau *slow stroke back massage (SSBM)*. Tindakan SSBM ini dilakukan selama 10 menit, dengan posisi miring (SIM), dilakukan 1 kali sehari sebelum pemberian analgesik dengan jarak pemberian analgesik dilakukan minimal 1 jam setelah dilakukan tindakan SSBM. Pengukuran skala nyeri dilakukan sebelum dan sesudah tindakan SSBM.

Pada pasien Tn. T proses implementasi yang penulis lakukan dengan diagnosa keperawatan nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan sesuai dengan kondisi dan situasi serta penulis mengikuti perkembangan pasien dengan melihat dari catatan perawatan.

5. Evaluasi

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama beberapa jam di IGD, penulis dapat menyatakan bahwa masalah keperawatan dapat

teratasi secara sebagian. Selanjutnya implementasi akan dilakukan secara penuh di bangsal perawatan inap pasien.

Evaluasi akhir yang didapat adalah sebagai berikut : Klien dikethui bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah dilakukan intervensi keperawatan tehnik *slow stroke back massage* 3-10 menit di ruang rawat IGD dan ruang perawatan inap pasien. Pada hari pertama sebelum dilakukan penerapan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 7, setelah dilakukan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 6, pada hari kedua (di bangsal perawatan) sebelum dilakukan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 6, setelah dilakukan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 4, pada hari ketiga sebelum dilakukan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 2, setelah dilakukan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 1.

Menurut penelitian Adibah (2015) tentang “Penerapan *Slow Stroke Back Massage* pada pasien hipertensi emergensi dengan masalah keperawatan nyeri (kepala) di ruang ICU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, menyatakan bahwa penerapan *Slow Stroke Back Massage* selama 10 menit dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut pada pasien didapatkan penurunan nyeri dan ansietas.

Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorfin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri. Degenerasi pada kartilago artikuler dan hipertrofi tulang atau pertumbuhan tulang berlebih dalam bentuk taji/tonjolan tulang yang terjadi pada penyakit (Rossalinda, 2015).

B. Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan

1. Tinjauan Kasus

a. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di IGD RS Mitra Masyarakat Timika Papua yang berdiri sejak Tahun 1999. RS. Mitra Masyarakat Timika Papua berada di Kota Timika tepatnya di Jl. Charitas No. 01 Kota Timika Papua. Pada tahun 2019 RS. Mitra Masyarakat Timika Papua telah resmi mendapatkan akreditasi utama dari KARS.

Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika terdiri sendiri terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian triage, bagian observasi dan bagian perawatan yang berjumlah 8 bed. Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika juga memiliki 1 ruang PONEK yang terdiri dari 1 bed.

b. Karakteristik Subjek Penelitian

Dalam studi kasus ini dipilih 1 orang pasien sebagai subjek studi kasus. Subjek tersebut sudah sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

Dari hasil pengkajian pada tanggal 14 Desember 2021, jam 14:30 WIT, diperoleh hasil pengkajian dengan cara *autoanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat.

Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa klien Bapak T, 56 Tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Kristen, pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD), pekerjaan tani, alamat rumah Jl. Garuda Sp 2 Timika Papua. Klien masuk RS tanggal 14 Desember

2021 pukul 14.30 WIT, BB : 65 Kg, TB : 160 cm, RM : 00186708, klien masuk dengan diagnosa medis *Hipertensi*.

Bapak T masuk RS dengan keluhan merasa sakit kepala leher terasa tegang dan kaku. Setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah didapatkan tekanan darah klien 170/100 mmHg, skala nyeri 7. Setelah diberikan penjelasan tentang tindakan dan manfaat tindakan keluarga dan klien setuju untuk diberikan tindakan SSBM.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Berdasarkan tahapan proses keperawatan, maka langkah pertama yang harus dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis yang ditentukan oleh dokter yaitu Hipertensi adalah pengkajian. Dalam studi kasus ini pengkajian awal yang dilakukan berfokus pada keterangan pasien dan keluarga.

Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 14 Desember 2021. Pasien bernama Tn. T berusia 56 tahun. Pasien tinggal di Jl. Garuda Sp 2 Timika Papua. Pasien beragama Kristen, pendidikan terakhir Sekolah Dasar, pekerjaan Tani. Status pasien menikah, dan saat ini pasien tinggal bersama istrinya dan anak bungsu berumur 16 tahun.

Saat dilakukan pengkajian data subjektif didapatkan pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dengan skala nyeri 7, sakit sudah sejak kurang lebih 2 hari lalu. Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini dan cemas kalau-kalau tidak bisa berkeja lagi, tampak meringis memegang kepala dan keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi sebelumnya.

P : Pasien mengatakan nyeri di kepala

Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri di bagian dari tengkuk sampai kepala

S : Saat dilakukan pengkajian nyeri menggunakan *numeric rating scale* dari angka 0-10 pasien mengatakan nyeri ada di skala 7

T : Pasien mengatakan nyeri muncul beraktfifitas

Data objektif didapatkan pasien tampak lemah, tampak meringis, tampak gelisah dan memegang kepalanya. Berdasarkan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan TD : 170/100 mmHg, N : 89 x/menit, RR : 21 x/menit, T : 36,1°.

C. Analisa *Based Evidence Practices* Salah Satu Intervensi Terkait

Berdasarkan data kasus kelolaan, diperoleh data bahwa pasien berjenis kelamin laki-laki, usia 56 Tahun. Pada usia lanjut terjadi kemunduran sel – sel karena proses penuaan yang dapat berakibat pada kelemahan organ, kemunduran fisik, timbulnya berbagai macam penyakit terutama penyakit degenerative (Aristoteles. (2018). Hal ini akan menimbulkan masalah kesehatan, sosial, ekonomi dan psikologis (Departemen Kesehatan RI, 2008 dalam Gracia, 2017).

Tekanan darah merupakan salah satu masalah yang sering dialami pada usia lanjut. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, hanya mampu dicegah perkembangannya melalui modifikasi factor risiko terjadinya hipertensi. Oleh sebab itu penyakit hipertensi merupakan salah satu penyakit yang tidak hanya berdampak secara fisik tapi juga dapat mempengaruhi kondisi psikologis (Gracia, 2017).

Nyeri kepala merupakan masalah yang sering dirasakan oleh pasien hipertensi. Salah satu tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri diantaranya dengan stimulus kutaneus *slow stroke back massage* (SSBM). Masase ini dapat meredakan ketegangan, merilekskan dan meningkatkan sirkulasi. Penatalaksanaan SSBM dilakukan dengan usapan yang perlahan memberikan sensasi hangat yang akan meningkatkan vasodilatasi pada pembuluh darah lokal.

Peningkatan peredaran darah akibat dari vasodilatasi pembuluh darah pada area yang diusap mengakibatkan aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit karena berkurangnya spasme otot. Beberapa jurnal penelitian menugngkapkan efektivitas terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.

Keuntungan dari stimulus kutaneus *slow-stroke back massage* adalah tindakan ini dapat dilakukan di rumah, sehingga memungkinkan pasien dan keluarga melakukan upaya dalam mengontrol nyeri. Teori ini juga telah dibuktikan oleh Anugrah, (2020), dalam penelitiannya “Terapi alternative pengurangan rasa nyeri dan kecemasan melalui *Slow Stroke Back Massage* pada inpartu kala 1 fase aktif” dimana setelah dilakukan intervensi selama 30 menit dengan 3-5 kali gosokan dan telah diukur menggunakan skala NRS (Numeric Rating Scale) dan tingkat kecemasan, hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa setelah dilakukan interpersi terapi SSBM dapat menurunkan intensitas nyeri dengan baik.

Setyowati dkk, (2019) mengatakan bahwa massase pada punggung berpengaruh pada kadar endorfin. Massase ini merangsang thalamus untuk mensekresi endorphen yang menutup gerbang hantaran nyeri di medulla

spinalis. Massase merupakan tindakan non farmakologis yang dapat meningkatkan relaksasi pada tubuh yang efektif, aman, sederhana, dan tidak menimbulkan efek yang merugikan bagi pasien. Massase di daerah punggung merangsang titik tertentu di sepanjang medulla spinalis yang ditransmisikan melalui serabut saraf besar ke formatio retikularis, thalamus dan sistim limbic tubuh yang akan melepaskan endorfin Setyowati, dkk (2019). Endorfin merupakan neurotransmitter yang dapat menghambat pengiriman rangsang nyeri dengan cara menempel kebagian reseptor opiat pada saraf dan sumsum tulang belakang sehingga dapat menghambat pesan nyeri ke pusat yang lebih tinggi dan dapat menurunkan sensasi nyeri (WHO, 2010 dalam Setyowati, dkk 2019).

Mekanisme dari SSBM ini dilakukan dengan usapan yang perlahan memberikan sensasi hangat yang akan meningkatkan vasodilatasi pada pembuluh darah lokal yang mengakibatkan aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit karena berkurangnya spasme otot (Haris, dkk 2012 dalam Setyowati, dkk 2019). Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sinta Fresia (Agustus 2021) “Efektivitas Penerapan Teknik *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) Terhadap Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Garuda RS dr. Esnawan Antariksa Jakarta” yang mengatakan peningkatan endorfin setelah dilakukan *Slow Stroke Back Massage* dengan memberikan usapan yang perlahan dapat memberikan sensasi hangat akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah lokal, peningkatan peredaran darah karena vasodilatasi pembuluh darah pada area yang diusap akan meningkatkan aktivitas sel dan akan mengurangi rasa sakit

karena spasme otot berkurang. Hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa terapi SSBM secara signifikan dapat menurunkan intensitas nyeri.

Efek pijatan SSBM mengacu pada pengaruh stimulasi sistem saraf secara otomatis dari berbagai area tubuh. Pijatan lembut merangsang respons parasimpatis, sedangkan pijatan yang rendah dapat merangsang respons sistem saraf simpatis (Babajani S, 2014 dalam Anuhgera, 2020). Didukung Teori Syarif dan Putra, (2014) menyatakan bahwa sistem kerja parasimpatis dapat mengontrol aktivitas dari stimulus tersebut yang akan mempengaruhi neurotransmitter (norepinephrin, serotonin, GABA) yang mengatur perasaan dan pikiran seseorang. Sistem norepinephrin merupakan pikiran yang menjembatani respon flight-flight yang dihubungkan dengan neurotransmitter ke struktur lain dari otak seperti amigdala, hipokampus, dan korteks cerebral (berfikir, menginterpretasikan, dan perencanaan).

Penyampaian stimulus ke sistem saraf pusat tersebut menyebabkan terjadinya pelepasan endorfin yang menyebabkan ketegangan otot menjadi berkurang sehingga membuat tubuh menjadi relaks. Terapi ini digunakan untuk membantu mengurangi rasa nyeri karena terdapat gerakan yang berfungsi untuk memperlancar peredaran darah dan dapat mengurangi ketegangan otot sehingga menimbulkan respon relaksasi dan stress, dalam Huryah & Susanti, (2019). Hal ini sejalan dengan penelitian Tatahadj, (2020) yang setelah dilakukan intervensi selama 2 hari berturut turut, hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terapi *Slow Stroke Back Massage* secara signifikan dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien kanker serviks.

Selain itu, terapi *Slow Stroke Back Massage* juga dapat menurunkan tingkat kelelahan dan merelaksasikan otot. Menurut Istyawati, P., Prastiani, D.

B., & Rakhman, A., 2020), terapi *Slow Stroke Back Massage* yang baik dilakukan dengan lama waktu 10 menit perhari. Hal ini telah dibuktikan oleh Fadilah (2016) pada penelitiannya “Pengaruh teknik relaksasi hand massage terhadap nyeri pada pasien kanker payudara di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya” yang setelah pemberian intervensi selama 10 menit dengan frekuensi 12-15 kali usapan per menit selama 6 hari berturut-turut, hasilnya menunjukkan bahwa terapi *Slow Stroke Back Massage* secara signifikan menurunkan intensitas nyeri.

Dari teori dan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa selain dapat digunakan untuk mengurangi nyeri akan tetapi dapat juga digunakan untuk ketegangan otot memperlancar peredaran sehingga menimbulkan respon relaksasi dan stress. Menurut Istyawati, P., Prastiani, D. B., & Rakhman, A., 2020), terapi *low stroge back massage* ini menggunakan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks. Relaksasi sangat penting dalam membantu klien untuk meningkatkan kenyamanan dan membebaskan diri dari ketakutan serta stres akibat penyakit yang dialami dan nyeri yang tak berkesudahan.

D. Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dapat Dilakukan

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara klien dan pemberi layanan kesehatan. Klien memiliki peran penting untuk melakukan perawatan mandiri (*self care*) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang di Rumah Sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari *self care* adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi petugas sehingga

penyembuhan cepat terjadi. Hal senada diungkapkan dalam Budiman, & Riyanto, A., 2014.

Begitu juga dengan masalah keperawatan nyeri yang muncul pada klien hipertensi, dapat diatasi dengan melakukan SSBM secara mandiri sehingga masalah dapat diatasi.

Selain pemberian intervensi SSBM, masih terdapat beberapa pilihan intervensi komplementer yang dapat dilakukan. Pilihan terapi komplementer mengatasi nyeri kepala selanjutnya adalah pemberian aromaterapi yaitu dengan menggunakan minyak esensial yang diharapkan dapat meningkatkan keadaan fisik dan psikologi seseorang agar menjadi lebih baik atau relaks. Aroma terapi ini dapat diberikan baik secara inhalasi, pijat, kompres maupun berupa rendaman.

Alternatif lain pemecahan masalah intensitas nyeri yang dirasakan pasien adalah dengan memberikan pengetahuan dan mengajarkan tentang pengelolaan penurunan intensitas nyeri, secara non-farmakologi. Tenaga kesehatan khususnya perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan keluhan nyeri diharapkan tidak hanya beraspek farmakologi, tetapi juga non-farmakologi.

Selain pemberian terapi aroma lavender dan kompres hangat perawat juga harus memberikan edukasi tentang penyakit, gaya hidup dan diet bagi klien sangat penting. Guna memberikan informasi dan panduan kepada pasien dalam menjaga kesehatan menghindari kejadian berulang nyeri kepala. Selain itu tindakan pemberian terapi aroma lavender dan kompres hangat, terapi *hand foot massage* juga dapat menurunkan nyeri kepala pasien sesuai hasil yang dilakukan oleh Hariyanto (2015) didapatkan hasil value 0,001 yang

berarti terdapat pengaruh pemberian terapi hand foot massage terhadap penurunan nyeri.

Moomina Siauta, Selpina Embuai, dan Hani Tuasika (Tahun 2020) melalui penelitian berjudul “Penurunan Nyeri Kepala Penderita Hipertensi Menggunakan Relaksasi Handgrip”. Teknik handgrip relaksasi adalah cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Teknik ini membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Teknik relaksasi juga merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode relaksasi digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga didapatkan penurunan denyut jantung, penurunan tekanan darah, penurunan respirasi serta penurunan ketegangan otot. Relaksasi ini mudah dipelajari oleh siapa pun agar pola pernafasan teratur dan rileks serta petunjuk cara melepaskan endorfin dalam tubuh atau relaksasi alami dalam tubuh dalam keadaan normal.

Alternatif lain pemecahan masalah yang dapat dilakukan untuk penyakit hipertensi dengan masah keperawatan nyeri b/d peningkatan tekanan darah veskuler serebral yaitu dengan pengobatan tradisonal dengan mengkonsumsi antimun, labu siam, sledri dan memperbanyak istirahat, olahraga dan mengontrol pola makan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan studi kasus pada pasien dengan penerapan tehnik *slow stroke back massage* untuk mengurangi nyeri (kepala) pada pasien Hipertensi di RS Mitra Masyarakat Timika Papua tahun 2021, maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa : diketahui adanya penurunan skala nyeri yang efektif.

Pada pasien diketahui bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah dilakukan intervensi keperawatan tehnik *slow stroke back massage* 3-10 menit di IGD dan dilanjutkan di ruang rawat inap pasien. Pada hari pertama sebelum dilakukan penerapan tehnik *slow stroke back massage* skala nyeri 7, pada hari ketiga setelah dilakukan tehnik *slow stroke back massage* didapatkan skala nyeri menurun menjadi angka 1.

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan.

1. Pengkajian dan Diagnosa

Tn T, usia 56 tahun, jenis kelamin laki-laki, keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri yang sangat amat di kepala belakang, tanggal masuk ruang IGD pada tanggal 14 Desember 2021 pada pukul 14.30 wita, Agama Kristen, pendidikan terakhir tamat SD, pekerjaan tani, alamat rumah Jl. Garuda Sp 2 Timika. Klien masuk dengan diagnosa medis hipertensi.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan tersebut antara lain: Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler,

Penurunan curah jantung berhubungan dengan afterload meningkat, dan
Ansietas berhubungan dengan ancaman status terkini

2. Perencanaan keperawatan

Pada kasus menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian masalah keperawatan yang utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler. Adapun indikator tersebut adalah mampu mengenali gejala nyeri, mampu mendeskripsikan faktor penyebab dari nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi atau non analgesic untuk mengurangi nyeri, mampu melaporkan perubahan nyeri, mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri, mampu melaporkan rasa nyaman, dan vital sign pasien dalam rentang normal.

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vascular adalah melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, melakukan dan mengajarkan teknik penangan nyeri secara non farmakologi (pemberian terapi massage punggung), berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian analgesic, mengevaluasi respon klien setelah diberikan tindakan keperawatan.

4. Evaluasi yang didapatkan

Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan dan diajarkan teknik massage punggung, pasien mengatakan nyeri kepala sudah jauh berkurang dari skala 7 menjadi skala 1. Pasien terlihat tenang dan pada hari ke tiga klien dibolehkan pulang ke rumah.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Mengembangkan program belajar mengajar dan menambah referensi perpustakaan serta menjadi dasar untuk penelitian keperawatan lebih lanjut.
- b. Menyediakan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan guna menambah pengetahuan terapi massage punggung terhadap pasien dengan nyeri kepala pada pasien penyakit hipertensi

2. Bagi Profesi Kesehatan

Melakukan intervensi dan mengoptimalkan massage punggung yang dapat diaplikasikan sebagai *discharge planning* kepada pasien maupun keluarga di ruang IGD RS Mitra Masyarakat Timika Papua sebagai upaya melaksanakan perannya sebagai *care giver* guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pertama pada pasien dengan permasalahan nyeri.

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi Rumah Sakit penggunaan terapi massage punggung digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan yang baik pada pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit karena penulis melihat

banyaknya khasiat dan manfaat bagi pasien yang menjalani perawatan di Rumah Sakit sebagai penunjang kesembuhan pasien khususnya yang mengalami nyeri kepala pada pasien hipertensi.

4. Bagi klien

Pemberian terapi massage punggung dapat diaplikasikan sebagai salah satu alternatif pengobatan non farmakologis pada masalah nyeri kepala pasien hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2009). Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : EGC
- Andarmoyo, S. (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media
- Ardiansyah, M. (2012) Medikal Bedah Untuk Mahasiswa. Jogjakarta: DIVA Press
- Aristoteles. (2018). Korelasi umur dan jenis kelamin dengan penyakit hipertensi di emergency center unit RS Islam Siti Khadijah Palembang. Indonesia Jurnal Perawat, 3(1), 9–16. <https://ejr.stikesmuh-kudus.ac.id/index.php/ijp/article/view/576>
- Asikin, M., Nuralamsyah, M., & Susaldi. (2017). Keperawatan medikal bedah: sistem kardiovaskular. Erlangga.
- Brunner & Suddarth, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I. Made Karya, EGC, Jakarta.
- Bustan, M. N. (2015). Manajemen pengendalian penyakit tidak menular. Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). Kendalikan Stress dan Hipertensi, Raih Produktivitas.
- Elizabeth J. Corwin. (2009). Buku Saku Patofisiologi Corwin. Jakarta: Aditya Media.
- Gibson, James L., John M. Ivancevich, dan James H. Donnelly. 2003. Organizations Behaviour, Structure and Process. 8th ed. Boston: Richard D. Irwin Inc
- Haris, A., & Nurwahidah. (2017). Efektivitas massage mulai dari bahu sampai kepala terhadap tingkat nyeri kepala pada pasien hipertensi. Jurnal Analis Medika Bio Sains, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.32807/jambs.v4i1-75>
- Haryani, S., Tandy, V., Vania, A., & Barus, J. (2018). Penatalaksanaan nyeri kepala pada layanan primer. Callosum Neurology Journal, 1(3), 83–90. <https://doi.org/10.29342/cnj.v1i3.16>
- Herawati and Sartika W., 2013, Terkontrolnya Tekanan Darah Penderita Hipertensi Berdasarkan Pola Diet dan Kebiasaan Olahraga di Padang Tahun 2011, Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8 (1), 8–14.

- Hidayati, H. B. (2016). Pendekatan klinis dalam manajemen nyeri kepala. Malang Neurology Journal, 2(2), 89–97. <https://doi.org/10.21776/ub.mnj.2016-002.02.7>
- Huryah, Fadhilatul, and Nanik Susanti. (2019). “Pengaruh Terapi Pijat Stimulus Kutaneus Slow-Stroked Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Pada Penderita Low Back Pain di Poliklinik Rehabilitasi Medik RSUD Embung Fatimah Batam Tahun 2018”
- Istiyawati, P., Prastiani, D. B., & Rakhman, A. (2020). Efektifitas Slow Stroke Back Massage (SSBM) dalam menurunkan skala nyeri kepala pasien hipertensi di Rumah Sakit Mitra Siaga Tegal. Community of Publishing in Nursing, 8(2), 207–213. <https://doi.org/10.24843/coping.2020.v08.i02-p14>
- Kemenkes, RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta : Balitbang
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil kesehatan Indonesia tahun 2019.
- Kodim, Nasrin. (2014). Analisis Kontekstual: Hubungan Lingkungan Sosiodemografi Dengan Hipertensi Yang Tidak Terkendali Pada Calon Jamaah Haji Indonesia, disertasi (Jakarta: FKM – UI, 2004).
- Kowalski, Robert. (2010). Terapi Hipertensi: Program 8 minggu Menurunkan Tekanan Darah Tinggi. Alih Bahasa: Rani Ekawati. Bandung: Qanita Mizan Pustaka
- Kozier and Erb's (2009, 3rd Australian edition). Fundamentals of Nursing. <http://www.pearson.com.au/9781486010394>
- Latifah Arum Adibah (2015). Penerapan SSBM Pasien Hipertensi Emergensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri (Kepala) di Ruang ICU IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
- Lingga, Lanny. 2012. Bebas Hipertensi Tanpa Obat. Jakarta: Agro Media Pustaka.
- Mardiana. (2021). Effectiveness of back massage therapy to reduce acute pain in hypertension in the working area of Health Center Kading Bone Regency. Journal La Medihealtico, 2(1), 27–31. <https://doi.org/10.37899/journallamedihealtico.v2i1.284>
- Maulidina, F., Harmani, N., & Suraya, I. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di wilayah Kerja Puskesmas Jati Luhur Bekasi tahun 2018. Arsip Kesehatan Masyarakat, 4 (1), 149–155. <https://doi.org/10.22236/arkesmas.v4i1.3141>
- Muttaqin, Arif & Sari, Kurmala. 2011. Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal bedah. Jakarta : Salemba Medika.

- Nursalam. (2016). Metodologi penelitian ilmu keperawatan: pendekatan praktis. Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2010). Fundamental Of Nursing edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.
- Rahayu & Yunarsi. (2016). Perubahan Kadar β Endorphin Pada Pasien Primigravida Inpartu Kala I Fase Aktif Dengan Penerapan “Confort Food: Slow-Stroke Back Massage” Berbasis Teori Kenyamanan Kolcaba di RSUD Kabupaten Kediri
- Rispawati, B. H., Halid, S., & Supriyadi. (2019). Pengaruh pemberian masase dalam penurunan nyeri kepala pada lansia penderita hipertensi di Desa Dasan Tereng wilayah kerja Puskesmas Narmada. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 10(1), 36–44.
<http://journal.stikesyarsimataran.ac.id/index.php/jik/article/view/68>
- Riskesdas Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (Vol. 44, Issue 8). <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013.
- Riyadi & Harmoko, (2012). Asuhan Keperawatan Pada Remaja Dismenore Dengan Pemberian Kompres Hangat Untuk Penurunan Tingkat Nyeri.
- Rossalinda, Iin. 2015. “Pemberian Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Tn.S Dengan Akut Low Back Pain (LBP) di Ruang Parang Seling RS Orthopedi Prof. DR. R. Socharso Surakarta”.
- Setyowati, Sri; Rahmawati, Anik; Sumarsih; Widjatiningsih, Maria Indri. (2019) “Efektivitas Tindakan Slow Stroke Back Massage Dengan Aroma Terapi Lavender Dalam Menurunkan Nyeri Pinggang Pada Klien Dengan Kanker Servik.
- Smeltzer & Bare. (2008). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth/ editor, Suzzane C. Smeltzer, Brenda G. Bare; alih bahasa, Agung Waluyo, dkk. Jakarta: EGC.
- Stanley, M dan Beare, P.G. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. EGC. Jakarta
- Susilo, Yekti dan Wulandari, Ari, (2011). Cara Jitu Mengatasi Hipertensi. Yogyakarta: Andi.

- Sumadi, A. R., Sarifah, S., & Widyastuti, Y. (2020). Pemanfaatan teknik relaksasi massase punggung dalam penurunan nyeri pada asuhan keperawatan pasien hipertensi. *Indonesian Journal On Medical Science*, 7(1), 32–38. <http://ejournal.ijmsbm.org/index.php/ijms/article/view/205>
- Syahrini, Erlyna Nur. 2012. Faktor-faktor Risiko Hipertensi Primer di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang. [Thesis Ilmiah]. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- WHO. (2011). Klasifikasi Hipertensi
- AHA. (2012). Klasifikasi Hipertensi
- WHO. (2021). Hypertension. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). KMB keperawatan medikal bedah (keperawatan dewasa). Nuha Medika.
- Yuniarti, W. (2017). Perbedaan pengaruh progressive muscle relaxation dan slow stroke back massage terhadap penurunan tekanan darah pada lansia.

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul : **ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK MASSASE* UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn. T DENGAN HIPERTENSI GRADE II DI DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RS MITRA MASYARAKAT TIMIKA PAPUA TAHUN 2021**

Peneliti : Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM : PO.71.20.1.19.064
Alamat : Prodi Ners Politeknik Kemenkes Jayapura

Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, akan melakukan penelitian tentang ” Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan *Slow Stroke Back Massage* untuk Mengurangi Nyeri Kepala di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Mitra Masyarakat Timika Papua Tahun 2021”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Prodi Ners.

Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela. Bapak/ibu mempunyai hak bebas untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden dan jika bapak/ ibu tidak bersedia menjadi responden maka saya akan tetap menghargai dan tidak akan mempengaruhi terhadap proses penelitian ini. Dan jika bapak/ibu bersedia, mohon untuk menandatangani lembaran persetujuan ini.

Saya akan menjamin kerahasiaan identitas dan jawaban yang bapak/ ibu berikan. Jika bapak/ibu mempunyai pertanyaan mengenai penelitian ini, maka saya dengan senang hati akan memberikan penjelasan.

Demikian permohonan ini disampaikan atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Timika, 14 Desember 2021

Mahasiswa,

Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. T

Alamat Lengkap : Jl. Celebes Sp 2 Timika

No. HP : -

Setelah memahami isi penjelasan dari lembar permohonan menjadi responden, maka dengan ini saya secara sadar dan tanpa paksaan dari siapapun menyatakan persetujuan saya menjadi responden dan bersedia untuk diamati dalam penelitian ini serta bersedia memberikan jawaban secara tulus dan jujur, serta bersedia mengikuti intervensi inovasi yang disarankan sesuai dengan kemampuan saya.

Saya percaya dan menyadari sepenuhnya bahwa jawaban dari pertanyaan yang diajukan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian Surat Persetujuan Saya, semoga bermanfaat bagi kepentingan penelitian.

Timika, 14 Desember 2021

Responden,



Tn. T

Lampiran 3. SOP SSBM



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MASSASE PUNGGUNG

Tujuan Umum :

Mahasiswa mampu melakukan massage punggung dengan benar

Tujuan Khusus :

setelah mengikuti pelatihan ini mahasiswa mampu :

- 1) Melakukan massage punggung dengan benar

NO	ASPEK YANG DINILAI	Ya	Tdk	Ket.
1	Klien dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur miring, telungkup dan duduk.			
2	Buka punggung klien, bahu dan lengan atas. Tutup sisanya dengan selimut.			
3	Mencuci tangan dengan sabun lalu tuangkan sedikit losiun ke tangan untuk memudahkan massage punggung.			
4	Lakuka Effleurage diseluruh punggung (mengusap) dengan sentuhan ringan			
5	Gerakan diawali mengusap punggung bagian bawah di atas bokong menggunakan tangan. Masing-masing tangan mengurut sisi punggung			
6	Effleurage menyamping di seluruh tubuh (kedua tangan ditaruh mendatar dibagian tengah/ punggung bawah di atas bokong debgan kedua pangkal tangan saling bersisikan.)			
7	Friction pada otot-otot punggung (ujung jempol diposisikan pada dua lekukan tulang punggung yang tampak didasar punggung kemudian melakukan gerakan memutar dan tidak boleh melakukan tekanan langsung pada punggung)			
8	Bantal jempol diletakan pada lekukan punggung lagi, dan jempol ditunjukan kearah atas menuju leher dengan tekanan yang kuat			
9	Setelah itu, mulai lagi dari wilayah bokong, pijat pada satu sisi menggunakan gerakan menggosok dan mendorong dengan kedua tangan secara bergantian.			
10	Gerakan effleurage menyamping (gerakan langkah kedua diulangi tetapi hanya di wilayah bagian bawah punggung dan bokong)			

11	Tanyakan kepada pasien apakah terasa nyaman, jika iya lanjutkan dengan jempol diletakan kembali pada lekukan tulang punggung. Lalu melakukan gerakan memutar dan melewati bagian atas panggul			
12	Lanjutkan pijat effleurage pada seluruh punggung menggunakan tekanan yang kuat saat gerakan ke atas dan lembut sampai gerakan ke atas.			
13	Atur napas pasien dengan nyaman, lalu lanjutkan dengan gerakan gerakan ritmik pada bagian atas bahu : mencomot, meremas dan memeras otot-otot bahu dan sekitarnya secara bergantian			
14	Setelah itu pijat effleurage dilakukan lagi pada seluruh bagian punggung.			
15	Kedua tangan dilemaskan, sentuh setiap sisi punggung dengan jari-jari tangan dan gerakan tangan ke arah gerakan mengusap dilakukan dengan ujung jari			
16	Seluruh punggung pasien ditutup dengan handuk dan dengan sangat hati-hati tangan digerakan ke arah bawah secara intuitif			
17	Posisikan kembali pasien dengan nyaman.			

Lampiran 4. Lembar Bimbingan KIAN

**LEMBAR KONSULTASI
KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)**

Nama : Hubertus Hadir, S.Tr.,Kep
NIM : PO.71.20.1.19.064
Judul KIAN : ANALISIS PRAKTIK KEPERAWATAN *SLOW STROKE BACK MASSAGE* UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA PADA Tn. T DENGAN HIPERTENSI GRADE II DI DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RS MITRA MASYARAKAT TIMIKA PAPUA TAHUN 2021

Dosen Pembimbing : Juliana Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
1	24/6/2022	Pengajuan Judul KIAN	Arahan untuk mengikuti pengerjaan KIAN sesuai panduan dari kampus dan harus didukung literatur jurnal terupdate/terbaru	
2	30/7/2022	Mengirimkan KIAN BAB I dan BAB II	Beberapa masukan untuk perbaikan seperti: hubungan kejadian Hipertensi dengan IGD, Fisiologi Hipertensi, Gunakan Diagnosa SDKI PPNI	
3	9/8/2022	Hasil Revisi dikirim kembali ke pembimbing (BAB I dan BAB II)	Lanjutkan untuk mengerjakan BAB III sampai BAB V	
4	10/8/2022	Mengirimkan KIAN BAB III – BAB V Menginformasikan ke pembimbing tentang rencana ujian tgl. 15 Agustus 2022 secara offline di Timika, serta KIAN harus	Minta Panduan KIAN dari Kampus	

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
		dikumpulkan paling lambat tgl. 12 Agustus 2022		
5	12/8/2022	Menginformasikan rencana ujian KIAN tgl. 15 Agustus 2022, offline di Timika. Batas pengumpulan akhir KIAN tgl. 12 Agustus 2022		
6	13/8/2022	1. Video Call untuk meninjau dan merespon KIAN BAB I – BAB V 2. Persiapan menghadapi ujian tgl. 15 Agustus 2022	1. Silakan maju untuk ujian tgl. 15/8/2022 2. Perbanyak hard copy untuk pembimbing dan penguji 3. Distribusi hard copy ke pembimbing dan penguji sebelum ujian dimulai	