

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

AZZAR RATUR RAHMA M.H
NIM.P05120219006

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII
KEPERAWATAN BENGKULU
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI RS
BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
Tiga Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh:

AZZAR RATUR RAHMA M.H
NIM.P05120219006

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

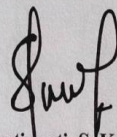
AZZAR RATUR RAHMA M.H
NIM. P05120219006

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan di
Hadapan Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 08 Juli 2022

Oleh:

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Ns. Septivanti, S. Kep., M.Pd
NIP. 197409161997032001

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
NYAMAN PADA PASIEN HIPERTENSI DI RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA BENGKULU
TAHUN 2022

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

AZZAR RATUR RAHMA M.H
NIM.P05120219006

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

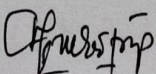
Pada Tanggal 12 Juli 2022

Panitia Penguji

1. Ns. Hermansyah, S.Kep., M.Kep (.....)
NIP. 197507161997031002
2. Dahrizal, S.Kp., MPH (.....)
NIP. 197109262001121002
3. Ns. Septivanti, S.Kep., M.Pd (.....)
NIP. 197409161997032001

Mengetahui

Ketua Program DIII Keperawatan


Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah Tuhan Semesta Alam atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022”

Dalam penyusunan Karya Tulis ini penulis mendapat banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga dapat selesai pada waktunya. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Eliana, SKM, M.PH, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Bengkulu dan pembimbing dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan dengan penuh kesabaran sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
3. Ibu Asmawati, S.Kp, M.Kep., selaku ketua program studi DIII keperawatan Bengkulu.
4. Seluruh dosen dan staf Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
5. Pasien kelolaan Ny. H dan keluarga beserta seluruh perawat, dokter, dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di Ruang Mawar RS Bhayangkara Bengkulu.
6. Orang Tua Terhebat Bapak Muhardi dan Ibu Haziza Hasnawati yang tidak pernah berhenti mendoakan dan memohonkan keberhasilan anak-anaknya, yang selalu memberikan dukungan dan semangat, yang selalu berusaha memenuhi semua kebutuhan dan memberikan segalanya kepada penulis.
7. sehingga menjadi alasan penulis bisa menjalani dan menyelesaikan pendidikan DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

8. Teruntuk adikku tersayang Wardah Qurratul Aini dan M.Siraj al.fu Adi yang terus memberikan semangat kepada penulis dan mendukung sepenuh hati.
9. Teman-teman seperjuangan Yola, Friska, Wimpi, Inka, Fauzi, Bellah, Nadila, Vezka, yang menemani penulis setiap hari dan selalu siap sedia membantu kapanpun penulis membutuhkan bantuan.
10. Teman satu bimbingan Bellah, Nala dan Pawan yang telah bimbingan dan berjuang bersama hingga akhirnya berada di titik ini.
11. Semua teman-teman angkatan 14 *Excellent Nursing Class* yang berjuang bersama agar dapat menyelesaikan pendidikan sebaik mungkin.
12. Buat kakak pembimbing kak Ikwon, Serli terimakasih atas arahan dan bimbingannya banyak membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Untuk semua orang yang penulis sayangi dan pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang telah banyak memberikan bantuan, doa, dan motivasi dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PESETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Batasan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus	5
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori Hipertensi	7
1. Defenisi Hipertensi.....	7
2. Klasifikasi Hipertensi	7
3. Etiologi	8
4. WOC (Web OF Causation)	10
5. Patofisiologi	11
6. Manifestasi Klinis	12
7. Komplikasi	12
8. Pemeriksaan Diagnostik.....	13
9. Pemeriksaan Penunjang	14
10. Penatalaksanaan	14
B. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman	16
1. Defenisi Nyeri	17
2. Klasifikasi Nyeri	17
3. Pengkajian Kebutuhan Rasa Nyaman	18
4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	18
C. Konsep Nyeri Kepala	19
1. Defenisi Nyeri	20
2. Klasifikasi	20
D. Konsep <i>Slow Stroke Back Massage</i>	21
1. Defenisi <i>Slow Stroke Back Massage</i>	21
2. Klasifikasi <i>Slow Stroke Back Massage</i>	21
3. Manfaat <i>Slow Stroke Back Massage</i>	22
4. Indikasi Dan Kontraindikasi <i>Slow Stroke Back Masage</i>	22

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Nyeri	25
1. Pengkajian.....	25
2. Diagnosa.....	28
3. Intevensi Keperawatan.....	30
4. Implementasi Keperawatan.....	35
5. Evaluasi Keperawatan.....	37
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rencana Studi Kasus.....	39
B. Subyek Studi Kasus.....	39
C. Fokus Studi Kasus.....	40
D. Defenisi Operasional.....	40
E. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	40
F. Instrumen Penelitian.....	40
G. Pengumpulan Data	41
H. Penyajian Data	41
I. Keabsahan Data.....	42
J. Etika Studi Kasus	42
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Studi Kasus	44
B. Pembahasan.....	73
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN - LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul	Halaman
2.1	Klasifikasi hipertensi	6
2.3	Jurnal Penelitian Pemberian Terapi Massage	23
2.4	Rencana Asuhan Keperawatan	31
4.1	Gambaran Hasil Pemeriksaan Penunjang	51
4.2	Gambaran Penatalaksanaan Terapi Obat	52
4.3	Gambaran Analisa Data	53
4.4	Gambaran Diagnosa Keperawatan	55
4.5	Intervensi Keperawatan	59
4.6	Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	64

DAFTAR BAGAN

Bagan	Nama Bagan	Halama
2.1	Web Of Caution (WOC) Hipertensi	10
2.2	Numeric Rating Scale	18
4.1	Genogram	48

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Dokumentasi Tindakan Keperawatan
- Lampiran 2 : Format Pengkajian
- Lampiran 3 : SOP SSBM (Slow Stroke Back Massage)
- Lampiran 4 : Surat izin pra penelitian dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- Lampiran 5 : Surat izin pra penelitian Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
- Lampiran 6 : Surat izin Pengambilan kasus RS Bhayangkara Bengkulu
- Lampiran 7 : Surat izin penelitian Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu
- Lampiran 8 : Surat izin penelitian RS Bhayangkara Bengkulu
- Lampiran 9 : Surat keterangan selesai penelitian RS Bhayangkara Bengkulu
- Lampiran 10 : Biodata penulis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu penyakit degenerative yang banyak dijumpai dimasyarakat dan sering muncul. Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala yang biasa timbul adalah nyeri kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, dan gelisah. Dengan gejala yang sering muncul ini, dapat mempengaruhi pemenuhan rasa nyaman pada pasien hipertensi (Rusadi et al., 2021).

Hipertensi atau biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan kondisi ketika tekanan darah menunjukkan pada angka 140/90 mmHg atau lebih di atasnya (Willy, 2018). Hipertensi umumnya terjadi pada lansia yang berusia 60 tahun atau lebih (Ayunani dan Alie, 2014). Hal ini terjadi karena pada usia lanjut fungsi organ-organ tubuh secara keseluruhan menurun terutama pada fungsi jantung dan pembuluh darah. Dengan terjadinya penurunan fungsi tersebut maka organ tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga dapat menyebabkan hipertensi (Kemenkes, RI, 2014).

Organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization*) mengestimasi saat ini prevalensi menunjukkan sekitar 1,3 miliar orang di dunia menyandang hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (WHO, 2019).

Prevalensi kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian. Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun sebesar (34,2%), angka tertinggi di Kalimantan selatan (44,1%), sedangkan Papua memiliki prevalensi terendah sebesar

(22,2%), hipertensi terjadi pada kelompok usia 31 – 44 tahun (35,6%), usia 45 – 54 tahun (46,3%), usia 55 – 64 tahun (55,3%). (Rikesdas, 2019).

Jumlah prevelensi penderita hipertensi ≥ 15 tahun di provinsi Bengkulu tahun 2021 secara prevelensi mencapai 342.172 orang, mendapat pelayanan sesuai standar 74,326 (22%) dan pelayanan tertinggi terdapat di kabupaten Seluma sebanyak 102 %, terendah terdapat di provinsi Rejang Lebong. (Dinas kesehatan provinsi Bengkulu, 2021).

Berdasarkan hasil survei di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu akibat hipertensi yang banyak di jumpai yaitu disebabkan oleh faktor usia, jenis kelamin, stress dan kebiasaan hidup. Umumnya hipertensi banyak menyerang usia rentang 40-60 tahun dan kebanyakan terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki karena di usia 40 tahun ke atas wanita mengalami penurunan hormon esterogen saat menopause. Dari beberapa faktor diatas banyak menyebabkan pasien hipertensi mengalami peningkatan tekanan darah dan mengalami masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman. (Aspiani, 2014).

Dari hasil survei juga menunjukkan perawat ruangan banyak yang belum menerapkan terapi non farmakologis seperti terapi *slow stroke back massage* (pijat lembut pada punggung), biasanya yang dilakukan perawat ruangan jika ada pasien hipertensi adalah dengan melakukan teknik farmakologis seperti kolaborasi pemberian analgesik obat-obat hipertensi yaitu (Amlodipin dan Captopril). Tindakan non farmakologis terapi *slow stroke back massage* sangat cocok di terapkan pada pasien hipertensi yang mengalami masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, yang dapat menurunkan rasa nyeri yang dialami pada pasien hipertensi sehingga nyeri dapat teratasi. Berdasarkan data survei yang didapatkan, pada kasus hipertensi tahun 2022 terdapat sekitar 110 orang yang menderita hipertensi banyak terjadi pada umur 60-70 tahun lebih. (Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu, 2022).

Salah satu gejala yang paling banyak dikeluhkan pasien adalah nyeri kepala yang menyebabkan pasien merasa tidak nyaman. Salah satu penanganan dari nyeri kepala adalah dengan manajemen nyeri. Dalam hal ini, peran dan dukungan perawat dalam mengurangi rasa nyeri kepala sangat dibutuhkan. (Rosmiati Saleh.dkk, 2020).

Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat mampu membantu pasien dan keluarga mengenal kesehatan dan memulihkan kesehatan tersebut. Berdasarkan dari observasi di Rumah sakit Bhayangkara Bengkulu semua yang dilakukan pada pasien itu penanganan secara farmakologis. Hal ini karena sulitnya mendapatkan atau kurangnya pengetahuan tentang penanganan nyeri kepala hipertensi secara non farmakologis (Rumah sakit Bhayangkara Bengkulu, 2021).

Penatalaksanaan hipertensi dapat dibagi menjadi 2 teknik, yaitu teknik farmakologis dan non farmakologis. Pengobatan farmakologis merupakan pengobatan dengan menggunakan obat-obatan yang dapat membantu menurunkan dan menstabilkan tekanan darah dalam batas normal. Namun pada terapi ini memiliki efek samping yang berbeda-beda pada setiap golongannya salah satunya seperti rasa mual, lemas, dan pusing (Yekti, dkk, 2011). Terapi non farmakologis merupakan pengobatan yang tidak menggunakan obat-obatan dengan bahan kimia, seperti pengobatan komplementer. Pengobatan komplementer bersifat terapi pengobatan alami. (Murtiono & Ngurah, 2020).

Salah satu tindakan non farmakologis untuk mengurangi hipertensi yang dapat dilakukan perawat yaitu *slow stroke back massage*. Teknik *Slow Stroke Back Massage* (pijat lembut pada punggung) merupakan terapi manipulasi dengan pijatan lembut pada jaringan yang bertujuan untuk memberikan efek terhadap fisiologis terutama pada vaskuler, muscular, dan sistem saraf pada tubuh. *Slow stroke back massage* tidak hanya memberikan relaksasi secara menyeluruh, namun juga bermanfaat bagi kesehatan seperti melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan

darah, menurunkan respon nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur. (Lu et al., 2015).

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian Andi Jayawardhana yang Berjudul efektifitas *slow stroke back massage* untuk mengurangi nyeri terhadap pasien yang menderita hipertensi menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan tekanan darah sehingga nyeri berkurang setelah dilakukan terapi *slow stroke back massage*. Tindakan terapi ini dilakukan dengan usapan perlahan dan berirama dengan tangan selama 10 menit, dengan kecepatan 60 x/menit, dilakukan pada pagi hari selama 30 menit, dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut (Purwanto, 2013). Menurut Retno (2012), dalam hasil penelitiannya mendapatkan hasil bahwa *Massage* merupakan teknik non farmakologis yang sangat efektif dalam menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi dengan masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan bentuk sentuhan langsung ke tubuh pasien. (Kusumoningtyas & Ratnawati, 2018).

Berdasarkan data dan uraian latar belakang diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022. Diharapkan dengan adanya asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri, dapat meningkatkan rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi di Wilayah Kerja Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

B. Batasan Masalah

Bagaimana pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien Ny. H dengan hipertensi di wilayah kerja rumah sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien hipertensi di wilayah kerja rumah sakit Bhayangkara Bengkulu tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

Melalui karya tulis ilmiah ini penulis diharapkan mampu :

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruangan Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan yang sesuai pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan yang sesuai pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan yang sesuai pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan yang sesuai pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi kepustakaan dan sebagai referensi dalam pemberian materi tentang nyeri dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien dengan hipertensi dan menjadi referensi untuk tingkatan selanjutnya dalam membuat karya tulis ilmiah pada jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini bermanfaat bagi perawat atau pelayanan kesehatan untuk menerapkan tindakan untuk mengurangi nyeri dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien dengan hipertensi agar dapat melakukannya dengan baik dan benar.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber data dan informasi bagi pengembangan peneliti selanjutnya tentang nyeri dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien dengan hipertensi.

4. Bagi Pasien Dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan serta keterampilan pada pasien dan keluarga tentang cara menerapkan terapi *slow stroke back massage* untuk mengurangi rasa nyamn nyeri dengan baik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Hipertensi

1. Defenisi Hipertensi

Hipertensi merupakan masalah yang paling umum dijumpai dalam perawatan primer. Menurut World Health Organization (WHO) hipertensi adalah kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 mmHg) yang menetap. Tekanan darah adalah kekuatan darah untuk melawan tekanan dinding arteri ketika darah tersebut dipompa oleh jantung keseluruhan tubuh. Semakin tinggi tekanan darah maka semakin keras jantung bekerja (WHO, 2013).

Hipertensi merupakan tanda klinis ketidakseimbangan hemodinamika suatu sistem kardiovaskuler, dimana penyebab terjadinya disebabkan oleh beberapa faktor yaitu, usia, jenis kelamin, ras, pola hidup dan faktor keturunan (Setiati, 2015). Pemeriksaan tekanan darah dikatakan mengalami hipertensi jika pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahatn (Istiqomah, 2010).

2. Klasifikasi Hipertensi

1. Klasifikasi berdasarkan etiologi

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Merupakan 90% dari kasus penderita hipertensi dimana sampai saat ini belum diketahui penyebabnya secara pasti. Beberapa faktor yang berpengaruh dalam terjadinya hipertensi esensial, seperti : faktor genetic, stress dan psikologis, serta faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium atau kalsium). Peningkatan tekanan darah tidak jarang merupakan salah satunya tanda hipertensi primer. Umumnya gejala baru terlihat setelah terjadi

komplikasi pada organ target seperti ginjal, mata, otak dan jantung (Wijaya & Putri, 2017).

b. Hipertensi sekunder

Pada hipertensi sekunder, penyebab dan patofisiologi dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat – obatan. Penyebab hipertensi sekunder diantaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, resistensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat – obatan seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Wijaya & Putri, 2017).

2. Klasifikasi

Hipertensi dibagi atas beberapa klasifikasi, yaitu :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

No	Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	< 120	< 80
2.	Normal	120 – 129	80 – 84
3.	Normal Tinggi	130 – 139	85 – 89
4.	Hipertensi Grade 1 (ringan)	140 – 159	90 – 99
5.	Hipertensi Grade 2 (sedang)	160 – 179	100 – 109
6.	Hipertensi Grade 3 (berat)	>180	> 110
7.	Hipertensi Grade 4 (sangat berat)	> 190	< 90

Sumber : (Nurarif, 2015)

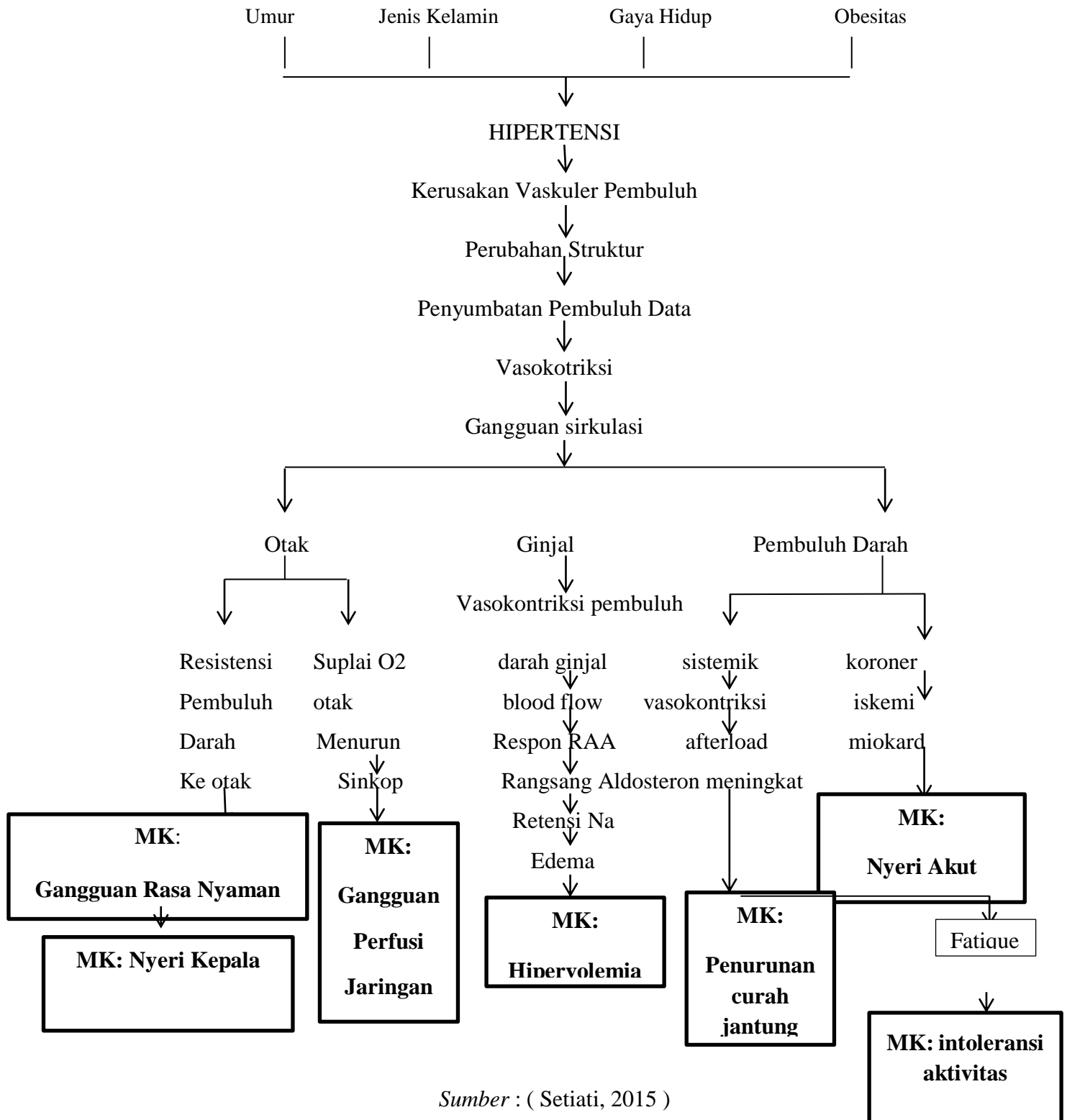
3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, Menurut : (Aspiani, 2014) adalah :

1. Usia, pengidap hipertensi yang berusia lebih dari 35 tahun meningkatkan insidensi penyakit arteri dan kematian premature
2. Jenis kelamin, insidens terjadi hipertensi pada pria pada umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Namun, terjadinya hipertensi pada wanita mulai meningkat pada usia paruh baya, sehingga pada usia diatas 65 tahun insidens pada wanita lebih tinggi
3. Genetik, suatu kondisi yang terjadi karena adanya faktor keturunan dari keluarga
4. Kebiasaan hidup seperti :
 - a. Mengonsumsi garam, berlebihan (lebih dari 30 gr) dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, dan lansia
 - b. Obesitas, terkait dengan tingkat insulin yang tinggi dapat mengakibatkan tekanan darah meningkat
 - c. Stres, karena kondisi emosi yang tidak stabil juga memicu terjadinya tekanan darah tinggi
 - d. Kebiasaan merokok, dapat meningkatkan resiko diabetes, serangan jantung, dan stroke. Oleh karena itu kebiasaan merokok yang dianjurkan dengan stres yang terus menerus akan memicu penyakit yang berhubungan dengan jantung dan darah
 - e. Mengonsumsi alkohol yang berlebihan juga dapat menyebabkan tekanan darah tinggi

Pada lanjut usia penyebab hipertensi disebabkan oleh terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer (Aspiani, 2014).

4. WOC (Web Of Causation)



Sumber : (Setiati, 2015)

Bagan 2.2 Web Of Causation(WOC) Hipertensi

5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengatur atau mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor. Pada medula otak, dari pusat vasomotor inilah bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna, medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meski tidak diketahui dengan jelas mengapa bisa terjadi hal tersebut. Pada saat yang bersamaan, sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Hal ini mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi, medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi.

Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya untuk memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal dan memicu pelepasan renin. Pelepasan renin inilah yang merangsang pembentukan angiotensin I yang akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang nantinya akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosterone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intra vaskular. Semua faktor ini dapat mencetus terjadinya hipertensi. Pada keadaan gerontologis dengan perubahan struktural dan fungsional sistem pembuluh perifer bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah usia lanjut. Perubahan itu antara lain aterosklerosis hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam

relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume secukupnya) dan curah jantung pun ikut menurun, sedangkan tahanan perifer meningkat (Setiati, 2015).

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut :

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa jatuh
- d. Jantung berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telingan berdenging

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba – tiba, tengkuk terasa pegal dan lain – lain (Aspiani, 2016).

7. Komplikasi

Hipertensi yang tidak ditanggulani dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri di dalam tubuh sampai organ yang mendapatkan suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ – organ tubuh menurut (Wijaya & Putri, 2013), sebagai berikut :

a. Jantung

Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung dan penyakit jantung coroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi. Akibat, jantung tidak lagi mampu memompa sehingga banyaknya cairan yang tertahan di paru maupun jaringan tubuh lain yang dapat

menyebabkan sesak nafas atau oedema. Kondisi ini disebut juga gagal jantung

b. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke 7 kali lebih besar.

c. Ginjal

Hipertensi juga menyebabkan kerusakan ginjal, hipertensi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibat lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat – zat yang dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukkan di dalam tubuh.

d. Mata

Hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut (Aspiani, 2016).

a. Hemoglobin/Hematokrit

Untuk mengkaji hubungan darah sel – sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia.

b. Blood Urea Nitrogen (BUN)/Kreatinin

Gunanya untuk memberi informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

c. Glukosa

Hiperglikemia (Diabetes melitus adalah pencetus hipertensi dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

d. Urinalisa

Darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada diabetes melitus.

e. Ekg

Dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas,

peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung, hipertensi.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Aspiani, 2016) pemeriksaan penunjang pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

a. Laboratorium

- 1) Albuminaria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut darah perifer lengkap
- 3) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa).

b. Ekg

- 1) Hipertropi ventrikel kiri
- 2) Iskemia atau infrak miokard
- 3) Peninggi gelombang P
- 4) Gangguan konduksi

c. Foto Rontogen

- 1) Bentuk dan besar jantung
- 2) Perbandingan lebarnya paru
- 3) Hipertropi parenkim ginjal
- 4) Hipertropi vaskuler ginjal

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan farmakologis yang diterapkan penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Aspiani, 2016).

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat – obatan

a. Diuretik, bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya, juga dapat menurunkan TPR

- b. Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau enzim dengan mengintervensi influx kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi.
 - c. Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ace berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II.
 - d. Antagonis (penyekat) reseptor beta (β -blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
 - e. Vasodilator arteriol digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya : natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitrogliserin dll.
 - f. Antagonis reseptor alfa(α -blocker) menghambat reseptor alfa
- b. Penanganan secara non-farmakologi sebagai berikut : (Aspiani, 2016)
- a. Untuk menurunkan tekanan darah
 - 1) Menurunkan berat badan apabila terjadi gizi berlebih (obesitas).
 - 2) Meningkatkan kegiatan atau aktifitas fisik.
 - 3) Meningkatkan kegiatan atau aktifitas fisik.
 - 4) Mengurangi asupan natrium dengan cara diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari).
 - 5) Mengonsumsi konsumsi kafein dan alkohol karena konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah.
 - 6) Penurunan stres dapat menciptakan suasana yang menyenangkan bagi penderita hipertensi.

b. Mengatasi nyeri (manajemen nyeri)

- 1) Teknik distraksi yang dilakukan untuk mengalihkan perhatian klien dari nyeri seperti melakukan hal yang sangat disukai, bernafas lembut dan berirama secara teratur.
- 2) Terapi *massage* (pijat), pada prinsipnya pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan. Hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbuka dan aliran energi tidak lagi terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka resiko hipertensi dapat ditekan.
- 3) Teknik slow stroke back massage untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.
- 4) Terapi musik, adalah proses interpersonal untuk digunakan untuk mempengaruhi keadaan fisik, mental, emosional, dan membangun rasa percaya diri.
- 5) Ternal terapi/kompres hangat, dengan memanasi atau mengompres di daerah tertentu yang mengalami nyeri, sehingga otot yang telah akan membuka pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran oksigen dan menghilangkan iritasi kimia yang terjadi.

B. Kosep Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Potter & Perry (2015), mengungkapkan kenyamanan / rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari- hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Perubahan kenyamanan adalah dimana individu

mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan yang berbahaya. Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.(SDKI,2016)

1. Definisi Nyeri

Definisi nyeri dalam kamus medis yaitu perasaan distress, kesakitan, ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari stimulasi ujung saraf tertentu. Tujuan nyeri terutama untuk perlindungan, nyeri berperan sebagai suatu sinyal peringatan dari tubuh terhadap jaringan yang sedang mengalami kerusakan dan meminta individu untuk meredakan atau menghilangkan nyeri (Rosdahl & Kowalski, 2017).

2. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan sifatnya menurut (Kozier Erb, 2011) yaitu :

a. Nyeri akut

Nyeri akut nyeri akut yaitu sensasi yang terjadi secara mendadak atau sebagai respons terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut yaitu trauma akibat kecelakaan, infeksi, serta pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat yaitu sekitar 6 bulan atau kurang dan biasanya bersifat intermiten (sesekali), tidak konstan. Apabila penyebab mendasar diterapi secara rutin nyeri akut cepat menghilang.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis atau disebut dengan nyeri neuropatik yaitu suatu ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu yang lama yaitu (6 bulan atau lebih) dan kadang bersifat selamanya. Penyebab nyeri kronis sering kali tidak diketahui. Nyeri kronis terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori. Nyeri kronis membutuhkan waktu yang lama dalam periode waktu pemulihan normal

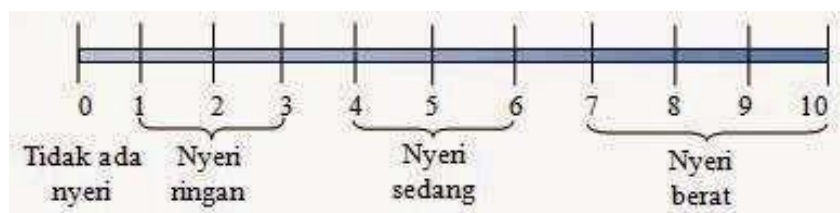
dibanding nyeri akut. Individu yang mengalami nyeri kronis biasanya akan melaporkan rasa yang terbakar, sensasi kesemutan, dan nyeri tertembak.

3. Pengkajian Kebutuhan Rasa Nyaman

Pengkajian pada masalah nyeri (gangguan rasa nyaman) yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri : keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST:

- a. P (*pemacu*) : Nyeri akibat peningkatan aliran darah dari jantung yang menumpuk di otak
- b. Q (*quality*) : Nyeri digambarkan seperti tajam, dangkal, rasaterbakar, dan perih.
- c. R (*region*) : Nyeri di kepala
- d. S (*skala*) : Skala nyeri 1-10
- e. T (*time*) : \pm 10-15 menit, nyeri bertambah hebat jika pasien beraktivitas berat.

Pengukuran nyeri dapat menggunakan skala *numerik*, yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata (Prasetyo, 2010).



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale

4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

a. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari

derajat kerusakan fisik, baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat memengaruhi pengalaman kita akan nyeri. Walaupun beberapa ahli setuju mengenai efek spesifik dari faktor-faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri yaitu kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera (Black & Hawks, 2014).

b. Faktor Sosio Budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri. Peneliti menemukan bahwa penilaian perawat mengenai nyeri yang dialami klien dipengaruhi oleh kepercayaan dan budaya mereka sendiri (Black & Hawks, 2014).

c. Usia

Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa (Black & Hawks, 2014).

d. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor dalam respon nyeri, anak laki-laki jarang melaporkan nyeri dibandingkan anak perempuan. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, laki-laki jarang (Black & Hawks, 2014).

C. Konsep Nyeri Kepala

1. Definisi

Nyeri kepala merupakan perasaan sakit atau nyeri pada bagian tengkorak (kepala) mulai dari kening menjalar sampai wajah sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman (Wiyoto, 2011). Pada pasien hipertensi pembuluh darahnya mengalami gangguan yang mengakibatkan suplai O₂ serta nutrisi yang menuju

jaringan tubuh mengalami gangguan, begitupun dengan suplai O₂ serta nutrisi yang menuju ke otak sehingga menimbulkan sensasi nyeri pada kepala (A. Haris, 2017). Nyeri kepala pada penderita hipertensi juga disebabkan oleh adanya pergeseran jaringan intrakranial yang peka terhadap nyeri akibat tingginya tekanan intracranial (Eny, 2014). Nyeri kepala yang dialami oleh penderita hipertensi jika tidak tertangani dengan baik mengakibatkan tekanan darah tetap tinggi. Keadaan tersebut jika dibiarkan menyebabkan komplikasi pada penderita hipertensi seperti stroke, infark miokard, gagal ginjal, jantung (Triyanto, 2019)

2. Klasifikasi

Menurut (Goadsby, 2002), nyeri kepala di klasifikasikan menjadi 2 yaitu

1) Nyeri kepala primer

Nyeri kepala primer merupakan nyeri yang sifatnya “idiopatik”, nyeri kepala yang tidak terkait dengan kondisi patologi atau penyebab lain yang mendasari. Berdasarkan pemeriksaan neurologis dan tes pencitraan biasanya normal, tidak peduli seberapa parah gejala. Kejadian nyeri kepala primer lebih sering terjadi dibandingkan nyeri kepala sekunder.

1) Nyeri kepala sekunder

Merupakan nyeri kepala yang dikaitkan dengan kondisi patologis yang mendasari, seperti adanya tumor otak, aneurisma, penyakit inflamasi. Dengan pemeriksaan neurologis dan tes pencitraan telah terbukti membantu dalam diagnostik nyeri kepala sekunder.

D. Konsep Slow Stroke Back Massage (SSBM)

1. Definisi

Slow stroke back massage (pijat punggung dengan lambat) adalah gerakan sentuhan dan penekanan pada kulit area punggung yang memberikan efek relaksasi pada otot, tendon, dan ligament sehingga meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis untuk merangsang pengeluaran *neurotransmitter asetilkolin* (Arifin, 2012). *Slow stroke back Massage* merupakan terapi manipulasi pijatan lembut pada jaringan. Fungsinya untuk mengurangi nyeri pada pasien yang sedang mengalami nyeri kepala, dan bertujuan untuk memberikan efek terhadap fisiologis terutama pada vaskular, muskular, dan system saraf pada tubuh (Purwanto, 2013).

2. Klasifikasi *Slow Stroke Back Massage*

Ada dua macam tehnik SSBM secara khusus menurut (Ananto, 2017) meliputi : *eflaurage, friction, vibration*

a. *Eflaurage* (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 di gosok. 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:

- b. Menghilangkan secara mekanisme sel-sel epitel yang mati
- c. Mempercepat pengangkutan zat-zat sampah dan darah yang mengandung karbondioksida

b. Petrisage (pijatan)

Yaitu gerakan dengan pijatan menggunakan empat jari yang rapat 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 di tarik keatas seolah-olah akan memisahkan otot dan tulang selaputnya atau dari otot lainnya

c. Vibration (gerakan)

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

3. Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

Keuntungan stimulasi ketaneus (*slow stroke back massage*) adalah tindakan ini dapat dilakukan di rumah, sehingga memungkinkan klien untuk melakukan massage ini di rumah, guna 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. Tehnik *slow stroke bcak massage* ini dapat mengurangi persepsi nyeri dan mampu mengurangi ketegangan otot. Sebaliknya ketegangan otot ini dapat meningkatkan nyeri (Afrilia, dkk, 2015).

4. Indikasi Dan Kontraindikasi *Slow Stroke Back Massage*

Indikasi ataupun kontraindikasi untuk SSBM ini yaitu indikasinya mengurangi intensitas nyeri, kecemasan, meningkatkan kualitas tidur, mengurangi kelelahan. Sedangkan kontraindikasinya SSBM tidak boleh dilakukan pada kulit di daerah punggung yang mengalami luka bakar, lukamemar, ruam kulit, peradangan kulit, patah tulang dan kulit yang kemerahan. Menurut jurnal, Dwinke Nike, dkk. 2018).

Tabel 2.3 Jurnal Penelitian Pemberia Terapi Nonfarmakologis Massage Pada Pasien Hipertensi

NO	PENELITI	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	SEMPEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
1.	Dwinta Nuke Kusumoningtyas, Diah Ratnawati	Efektifitas terapi <i>Slow Stroke Back Massage</i> terhadap tekanan darah pada lansia di RW 001 kelurahan jombang kecamatan ciputat kota tanggerang selatan tahun 2018	Jurnal penelitian ini menggunakan metode desain <i>Quasi Experiment</i> dengan rancangan <i>Pretest and Posttest</i>	Jumlah sampel yang diambil sebanyak 30 orang yang memiliki penyakit hipertensi dengan gejala nyeri kepala	Perbedaan tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan terapi <i>slow stroke back massage</i> didapatkan hasil <i>p value</i> 0,000 (pre dan post sistol) dengan $<0,05$ dan <i>p value</i> 0,000 (pre dan post diastole) dengan $<0,05$ yang artinya ada pengaruh yang signifikan terhadap tekanan darah antara sebelum dan sesudah pemberian <i>slow stroke back massage</i>
2.	Sinta Fresia	Efektifitas penerapan teknik Slow Strike Back Massage (SSBM) terhadap penurunan nyeri kepala pada pasien hipertensi di ruang garuda dirumah sakit dr. Esnawan antariksa Jakarta tahun 2021	Jurnal penelitian ini menggunakan metode penelitian <i>Pre eksperimental</i> dimana suatu metode penelitian yang digunakan untuk mencari pengaruh perlakuan tertentu	Subjek sampel penelitian pada pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala, dan dihitung skala nyeri, tekanan darah sebelum dan sesudah prosedur penerapan terapi <i>slow stroke back massage</i> (SSBM)	Penerapan prosedur <i>slow stroke back massage</i> (SSBM) merupakan salah satu tindakan nonfarmakologis yang dirasakan efektif dan mudah untuk dilakukan secara mandiri untuk menurunkan nyeri kepala dan tekanan darah akibat hipertensi
3.	Ainnur Rahmanti, Tolcha Ami N	Penerapan massage mulai dari bahu sampai kepala terhadap nyeri kepala pada	Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif	Jumlah sampel yang diambil 2 orang	Menunjukkan penurunan tingkat nyeri kepala setelah intervensi dilakukan

		pasien hipertensi di rumah sakit Tk III Bhakti Wira Tamtama Semarang			khususnya pada pasien hipertensi yang mengalami nyeri kepala
4.	Andi Jayawardahana	Efektifitas <i>slow stroke back massage</i> terhadap lansia dengan hipertensi UPTD griya Werdha Jambangan Surabaya	Metode penelitian yang digunakan adalah <i>Quasy Eksperiment</i> dengan rancangan <i>Non Equivalent Control Group Design</i>	Jumlah sampel yang digunakan 30 orang yang memiliki penyakit hipertensi dan gejala nyeri kepala	Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya didapatkan hasil sig.(2-tailed) 0,000 ($p < 0,05$), bahwa ada keefektifan <i>slow stroke back massage</i> terhadap lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya
5.	Budi Punjastuti	Pengaruh Slow Stroke Back Massage terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi : literature review	Metode penelitian yang digunakan adalah Literatul Review	Jumlah sampel yang digunakan 2 orang yang memiliki penyakit hipertensi dan gejala nyeri kepala	Tekanan darah antara sebelum dan sesudah diberikan terapi <i>slow stroke back massage</i> pada lansia dengan hipertensi pada kelompok intervensi menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik dan penurunan nyeri pada pasien hipertensi

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri

Menurut Muttaqin, (2012) yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif dan peninjauan riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medis. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan Pasien/keluarga (untuk mencegah atau menunda potensi masalah) :

a. Identitas Klien

Nama, jenis, kelamin, usia/tanggal lahir, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat.

b. Keluhan Utama

Biasanya pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan kepala terasa pusing dan bagian kepala terasa berat, tidak bisa tidur, nyeri kepala

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat melakukan pengkajian pada pasien hipertensi biasanya mengeluh kepala sakit dan berat, penglihatan berkunang – kunang, rasa pegal dan tidak nyaman di tengkuk, jantung berdebar dan telinga berdenging. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan cara PQRST :

P (pemacu) : Nyeri akibat hipertensi.

Q (quality) : Nyeri digambarkan seperti di tusuk- tusuk tajam terbakar dan perih.

R (region) : Nyeri dikepala.

S (skala) : Skala nyeri 1-10.

T (time) : \pm 10-15 menit, nyeri bertambah hebat jika pasien kurang beristirahat. (Muttaqin, 2012)

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien dengan penyakit hipertensi adalah penyakit yang sudah lam dialami oleh pasien, dan biasanya pasien mengonsumsi obat rutin seperti Captopril, Amlodipin

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya penyakit hipertensi adalah penyakit keturunan

f. Pengkajian fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, olfaksi)

Menurut (Muttaqin, 2012) :

1. Pemeriksaan fisik umum

Pada pasien dengan hipertensi biasanya memiliki berat badan yang normal atau melebihi indeks massa tubuh, berat badan normal, tekanan darah $> 140/90$ mmHg, nadi > 100 x/menit, frekuensi nafas 16-24 x/menit pada hipertensi berat terjadi pernafasan takipnea, ortopnea, dyspnea nocturnal paroksial, suhu tubuh $36,5$ s/d $37,5^{\circ}\text{C}$ pada hipertensi berat suhu tubuh dapat menurun dan mengakibatkan pasien hipotermi, keadaan umum pasien compos metis pada kasus hipertensi berat dan komplikasi dapat mengakibatkan pasien mengalami gangguan kesadaran sampai pada koma, contohnya stroke hemoragik.

2. Sistem pengelihatan

Pada pasien dengan hipertensi memiliki sistem penglihatan yang baik, pada kasus hipertensi berat pasien mengalami penglihatan kabur dan dapat terjadi anemis pada konjungtiva.

3. Sistem pendengaran

Pada kasus hipertensi, pasien tidak mengalami gangguan pada fungsi pendengaran dan fungsi keseimbangan.

4. Sistem pernafasan

Secara umum baik dengan frekuensi nafas 16-24 x/menit dengan irama teratur, pada kasus hipertensi tertentu seperti pada hipertensi berat pasien mengalami gangguan sistem pernafasan seperti takipnea, dyspnea, dan ortopnea, adanya distress

pernafasan/ penggunaan otot- otot pernafasan pada hipertensi berat, frekuensi pernafasan >24 x/menit dengan irama pernafasan tidak teratur, kedalaman nafas cepat dan dangkal, adanya batuk dan terdapat sputum pada batuk pasien sehingga mengakibatkan sumbatan jalan nafas dan terdapat menghi.

5. Sistem kardiovaskuler

a. Sirkulasi perifer

Secara umum keadaan sirkulasi peripher pada pasien dengan hipertensi ringan dalam keadaan normal dengan frekuensi nadi 60- 100 x/menit, irama teratur. Pada kasus hipertensi berat frekuensi nadi pasien dapat mencapai > 100 x/menit irama tidak teratur dan lemah, TD $> 140/90$ mmHg, terjadinya distensi vena jugularis dan pasien mengalami hipotermi, warna kulit pucat (sianosis).

b. Sirkulasi jantung

Pada kasus hipertensi ringan, sirkulasi jantung dalam keadaan normal dengan kecepatan denyut jantung apikal teratur dan terdapat bunyi jantung tambahan (S3), adanya nyeri dada pada kasus hipertensi sekunder dengan komplikasi kelainan jantung.

6. Sistem hematologi

Pasien mengalami gangguan hematologi pada hipertensi berat yang ditandai dengan keadaan umum pucat, perdarahan yang mengakibatkan stroke dikarenakan obstruksi dan pecahnya pembuluh darah.

7. Sistem syaraf pusat

Pada hipertensi ringan adanya rasa nyeri pada daerah kepala dan tengkuk, kesadaran compos mentis, pada hipertensi berat kesadaran dapat menurun menjadi koma, reflex fisiologi meliputi reflex biceps fleksi dan triceps ekstensi, serta refleks patologis negatif.

8. Sistem pencernaan

Sistem pencernaan pada pasien hipertensi dalam keadaan baik, pada kasus hipertensi berat dengan komplikasi menyerang organ pada abdomen mengakibatkan pasien mengalami nyeri pada daerah abdomen.

9. Sistem urogenital

Terjadinya perubahan pola kemih pada hipertensi sekunder yang menyerang organ ginjal sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pola berkemih yang sering terjadi pada malam hari.

10. Sistem integument

Turgor kulit buruk pada hipertensi berat dan adanya edema pada hipertensi sekunder di daerah ekstremitas.

11. Sistem muskuloskeletal

Pada hipertensi ringan pasien tidak mengalami gangguan pada sistem muskuloskeletal, tetapi pada hipertensi berat pasien mengalami kesulitan dalam bergerak dan kelemahan otot.

g. Riwayat Psikososial Dan Spritual

1. Psikologis : Perasaan yang dirasakan oleh klien, apakah cemas/sedih?
2. Social : Bagaimana hubungan klien dengan orang lain maupun dengan orang terdekat klien dengan lingkungan?
3. Spiritual : Apakah klien tetap menjalankan ibadah selama perawatan dirumah sakit?

2. Diagnosa

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 kesehatan klien (Sudoyo A.W, 2012). Berdasarkan nyeri dengan hipertensi, maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan menurut SDKI, (2016) :

a. Nyeri akut

Defenisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Menurut (SDKI, 2016)

Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma).

Batasan Karakteristik

Kriteria Mayor :

- a) Subjektif : Mengeluh nyeri
- b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria Minor :

- a) Subjektif : Tidak ada
- b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom coroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan rasa nyaman

Defenisi : perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan soaial. Menurut SDKI, (2016)

Penyebab : Gejala penyakit

Batasan Karakteristik

Kriteria Mayor :

a) Subjektif : Mengeuh tidak nyaman

b) Objektif : Gelisah

Kriteria Minor :

a) Subjektif : Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.

b) Objektif : Menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

Kondisi klinis terkait :

a) Penyakit kronis

b) Keganasan

c) Distres psikologis

d) Kehamilan

3. Intervensi keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Setelah mengidentifikasi diagnosa keperawatan dan kekuatannya, langkah berikutnya adalah perencanaan asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien serta mencapai tujuan dan kriteria hasil. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan SIKI dan SLKI (2018).

Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN		RASIONAL
		SLKI	SIKI	
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI)</p> <p>Gejala dan tanda Mayor Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur <p>Gejala dan tanda Minor Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak tersedia <p>Data Objektif : Tekanan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> meningkat Menarik diri 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Tingkat nyeri Ekspetasi : Menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri : Menurun : 5 Meringis : cukup Menurun : 5 Gelisah : cukup Menurun : 5 Kesulitan tidur : Menurun : 5 Frekuensi nadi : Menurun : 5 Tekanan darah : Menurun : 5 Pola tidur : Menurun : 5 <p>SLKI : Kontrol nyeri Ekspetasi : Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Melaporkan nyeri 	<p>SIKI : Manajemen nyeri Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi faktor memperberat dan mempengaruhi rasa nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu 	<ol style="list-style-type: none"> Mengetahui lokasi karakteristik, durasinya biasanya tidak lebih dari 30-60 menit, kualitasnya biasanya seperti terasa panas, tertusuk – tusuk, dan intensitas nyeri biasanya 1-10 berdasarkan skala (Skala Rating Scale) Mengetahui berapa skala nyeri yang di deritanya biasanya skalanya 1-10 berdasarkan (Skala Rating Scale) Mengetahui apa faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri Pasien merasa nyaman saat istirahat dan tidak terganggu oleh lingkungan yang kurang nyaman, biasanya

	<p>3. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>4. Diaforesis</p>	<p>terkontrol : Meningkat : 5</p> <p>2. Kemampuan mengenali onset nyeri : Meningkatkan : 5</p> <p>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri : Meningkatkan : 5</p> <p>4. Kemampuan melakukan teknik nonfarmakologis : Meningkatkan : 5</p> <p>5. Dukungan orang terdekat : Meningkatkan : 5</p>	<p>ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(terapi slow stroke back massage)</p> <p>Edukasi :</p> <p>6. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgesic</p>	<p>klien ingin lingkungan yang tidak bising</p> <p>5. Memberikan teknik nonfarmakologis (terapi slow stroke back massage) untuk mengurangi nyeri pada pasien</p> <p>6. Mengenal/mengetahui pemicu nyeri yang dapat membantu pasien menghindari terjadinya nyeri</p> <p>7. Mengajarkan terknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien</p> <p>8. Pemberian analgesik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien</p>
--	---	---	---	--

2.	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit</p> <p>Gejala dan tanda Mayor :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah <p>Gejala dan tanda Minor :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh lelah <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>SLKI : Pola tidur: Membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit Tidur : Membaik : 5 2. Keluhan sering terjaga : Membaik : 5 3. Keluhan tidak puas tidur : Membaik: 5 4. Keluhan pola tidur berubah : Membaik : 5 5. Keluhan istirahat tidak cukup : Membaik : 5 	<p>SIKI : Dukungan tidur Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi aktifitas istirahat dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis, fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, minum kopi, alkohol, dll) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memodifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, dan suhu) 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat dan pengaturan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui bagaimana aktifitas istirahat dan tidurnya 2. Menanyakan faktor pengganggu tidurnya baik secara fisik maupun psikologisnya 3. Mengetahui apakah sebelum tidur pasien sering mengonsumsi makanan/minuman seperti kopi, alkohol, dll 4. Mengurai faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi tidurnya seperti pencahayaan, kebisingan dan suhu) 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanannya seperti melakukan massage dan pengaturan posisi tidur
----	--	--	---	--

	<p>berubah</p> <p>4. Postur tubuh berubah</p> <p>5. Iritabilitas</p>		<p>posisi)</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>6. Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup selama sakit</p> <p>7. Menganjurkan agar pasien menempati waktu tidur yang dianjurkan</p> <p>8. Menganjurkan agar pasien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidurnya</p>
--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor – faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan implementasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

Implementasi terapi *slow stroke back massage* akan dilakukan dalam 3 hari dilakukan dengan usapan perlahan dan berirama dengan tangan selama 10 menit, dengan kecepatan 60 x/menit, dilakukan pada pagi hari jam 10:00 wib, selama 30 menit, dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut (Purwanto, 2013).

1. Proses tindakan (Purwanto, 2013).
 - a. Fase Prainteraksi
 - a. Perawat melakukan persiapan terlebih dahulu sebelum bertemu pasien seperti membaca status pasien.
 - b. Perawat menyiapkan bahan dan alat yang dibutuhkan saat melakukan tindakan terapi *slow stroke bacg massage* yaitu :
 1. Selimut
 2. Minyak zaitun
 3. Handuk
 4. Handscoon (jika perlu)

b. Fase Orientasi

Pada Fase ini dimulai saat perawat bertemu dengan klien untuk pertama kalinya. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan klien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat klien. Dalam memulai hubungan tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan

perumusan kontrak dengan klien. Pada tahap ini perawat melakukan kegiatan sebagai berikut: memberi salam dan senyum pada klien, melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif), memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama kesukaan klien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan (Stuart & Sundeen, 2015).

a. Salam terapeutik

Mengidentifikasi pasien, mengucapkan salam dan memperkenalkan diri

b. Evaluasi dan validasi

Menanyakan kabar pasien dan nyeri yang dirasakan

c. Informed consent

- 1) Menjelaskan tindakan penerapan terapi *slow stroke back massage*, tujuan, manfaat, waktu dan persetujuan pasien
- 2) Memberikan kesempatan untuk bertanya
- 3) Meminta persetujuan klien

d. Fase Interaksi, (Trisnowiyanti, Bambang, 2012) :

- 1) Melakukan pengukuran tekanan darah
- 2) pengkajian skala nyeri, dengan PQRST dan mengkaji intensitas nyeri menggunakan instrument numeric rating scale (NRS)
- 3) mengatur posisi untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur miring, telungkup, atau duduk.
- 4) Membuka baju pasien mulai dari punggung, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya dengan selimut.
- 5) Melakukan pemeriksaan lokasi terlebih dahulu, setelah itu tuangkan minyak zaitun ditangan.

- 6) Melakukan pijat kearah atas dengan cara memutar dan lalu ke bawah.
- 7) Melakukan pijatan dengan tumpuan ibu jari kearah atas dan memutar lalu ke bawah.
- 8) melakukan pemijatan dengan kedua telapak tangan memijat dengan cara zigzag dari bawah lalu ke atas.
- 9) Mengakhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu pasien bahwa massage akan berakhir.
Membersihkan kelebihan minyak zaitun dari punggung pasien dengan sapu tangan.
Membantu memakai baju piama, dan bantu pasien mengubah posisi nyaman.
Merapikan alat dan mencuci tangan.
- 10) Perawat menukur kembali tekanan darah.
- 11) Pengkajian skala nyeri dengan PQRST Dan mengkaji intensitas nyeri menggunakan instrument numeric rating scale (NRS).

c. Fase terminasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien setelah diberikan terapi *slow stroke back massage*
- 2) Melihat kondisi pasien setelah diberikan terapi SSBM
- 3) Mengkontrak pasien untuk melakukan tindakan terapi
- 4) SSBM dihari berikutnya

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan

tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry, 2014).

Menurut (Asmadi, 2008) terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Format yang digunakan evaluasi formatif adalah : SOAP :

S (Subjektif) : Data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada pasien yang afasia.

O (Objektif) : Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda – tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan atau akibat pengobatan.

A (Analisis/assessment) : Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3 yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.

P (Perencanaan/planning) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan

BAB III

METODOLIGI PENELITIAN

A. Rencana Studi Kasus

Jenis studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi di RS Bhayangkara Bengkulu tahun 2022

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian dalam bentuk asuhan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri hipertensi di rumah sakit Bhayangkara Bengkulu, adalah individu yang menderita gangguan hipertensi. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah 1 orang dengan satu kasus dengan masalah keperawatan dengan hipertensi. Kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian ini :

1. Kriteria inklusi

- a. Penderita hipertensi yang berusia 20 tahun ke atas
- b. Penderita hipertensi yang mengeluh nyeri dari skala 1-6 di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu
- c. Mempunyai tekanan darah lebih atau sama dengan 140/90 mmHg
- d. Keluarga bersedia bahwa pasien akan dijadikan sampel
- e. Pasien bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien pulang sebelum selesai penelitian
- c. Pasien meninggal

C. Fokus Studi Kasus

Penelitian studi kasus ini hanya berfokus pada Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri dengan menerapkan terapi *slow stroke back massage* pada pasien hipertensi

D. Defenisi Operasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang dibutuhkan oleh penerima asuhan keperawatan (pasien) yang tahapannya terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Nursalam, 2015).
2. Pasien adalah orang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya dengan tahapan asuhan keperawatan (Nursalam, 2015).
3. Hipertensi adalah suatu penyakit kardiovaskuler, merupakan peningkatan tekanan darah yang berkepanjangan merusak pembuluh darah di organ target (jantung, ginjal, otak, dan mata) (Brunner & Suddart, 2012).

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. Ruang mawar ini menerima pasien-pasien dengan gangguan penyakit dalam dengan kondisi pasien sadar penuh. Studi kasus dilakukan pada tanggal 15 Juli 2022 hingga tanggal 17 Juli 2022. Pasien yang dikelola masuk rumah sakit pada tanggal 15 Juli 2022 dan keluar rumah sakit pada tanggal 17 Juli 2022.

F. Istrumen Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan lembar SOP terapi *slow stroke back massage* dan lembar ceklis

G. Pengumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan observasi langsung pada pasien hipertensi pada penurunan nyeri pasien hipertensi

2. Langkah Pengumpulan Data

Pada penelitian ini cara pengumpulan data yang digunakan adalah dengan melakukan wawancara setelah itu dilakukan terapi slow stroke back massage

Langkah-langkah pengumpulan data yaitu sebagai berikut :

- a. Mengurus perjanjian dengan pihak Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu untuk melakukan penelitian
- b. Menjelaskan maksud, tujuan, dan waktu penelitian, tempat penelitian dan meminta persetujuan untuk melibatkan subyek dalam penelitian
- c. Menentukan subyek sesuai kriteria inklusi
- d. Meminta subyek atau penanggung jawab subyek untuk menandatangani lembar informed consent sebagai bukti persetujuan menjadi subyek penelitian
- e. Mengukur tekanan darah dan mengukur skala nyeri
- f. Selanjutnya melakukan terapi slow stroke back massage sesuai prosedur yang telah ditentukan
- g. Ukur kembali tekanan darah dan skala nyeri setelah dilakukan terapi slow stroke back massage
- h. Melakukan pengolahan data
- i. Menyajikan hasil pengolahan data atau hasil penelitian dalam bentuk tabel dan narasi

H. Penyajian Data

Pada studi kasus yang akan disajikan secara narasi dan terstruktur mulai dari gambaran karakteristik pasien dan prosedur tindakan dari fase pra-interaksi, orientasi, interaksi, dan fase terminasi menerapkan terapi *slow stroke back massage* dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien hipertensi

I. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat ruangan selama 4 hari berturut-turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga pasien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

J. Etika Studi Kasus

Penulis mempertimbangkan etik dan legal studi kasus melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan fisiologis. Menurut Hidayat (2011) etika kasus mempertimbangkan hal-hal di bawah ini :

1. Self-determined responden pada studi kasus ini, diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam studi kasus ini tanpa ada paksaan
2. Tanpa nama (anonymity) Responden pada studi kasus ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, dan hanya memberi inisial sebagai identitas responden
3. Kerahasiaan (confidentiality) menjaga semua kerahasiaan semua informasi yang didapatkan dari responden. Semua informasi yang didapat dari

responden hanya diketahui oleh peneliti dan tidak disebarluaskan dengan orang lain. Setelah studi kasus dilakukan, data yang diolah akan di musnakan demi kerahasiaan responden

4. Asas Kremanfaatan (beneficiency) dalam studi kasus ini menghindari tindakan yang dapat merugikan responden. Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderita bila ada penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi bila didalam pemberian informasi dan 44 pengetahuan tidak berguna, sehingga merugikan responden resiko yang dimaksudkan adalah peneliti menghindarkan responden dari bahaya dan keuntungan kedepannya
5. Malaficience Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan atau memberikan ketidak nyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. HASIL STUDI KASUS

Pengambilan data dilakukan di Rumah sakit Bhayangkara Bengkulu Ruang Kelas II Mawar. Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan pada pasien hipertensi melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan 1 pasien yaitu Ny. H dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan klien langsung), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Identitas

Nama pasien Ny. H, berjenis kelamin perempuan, usia 66 tahun, tanggal lahir 02 Februari 1956, status sudah menikah, agama islam, pendidikan terakhir S1, pekerjaan pensiunan, alamat Jl. Soekarno Hatta kota Bengkulu, bahasa yang digunakan bahasa melayu. Identitas penanggung jawab nama Tn. R (suami pasien), bekerja sebagai pensiunan, usia 67 tahun. Nomor register pasien 001716.

2. Gambaran pengkajian riwayat kesehatan pasien

a. Keluhan utama masuk rumah sakit (MRS)

Pasien datang ke IGD RS Bhayangkara Bengkulu dengan keluhan sesak nafas sejak, nyeri kepala, mengeluh sulit tidur, dan lemas.

b. Kronologi keluhan

Pasien datang ke IGD RS Bhayangkara Bengkulu pada hari Rabu 15 Juni 2022 pukul 09.00 WIB. Pasien datang dengan keluhan sesak nafas, nyeri kepala, mengeluh sulit tidur, dan lemas. Faktor pencetusnya disebabkan oleh kelelahan saat beraktifitas dan faktor banyak pikiran. Sebelum dibawa kerumah sakit pasien tidak mengonsumsi obat rutin untuk menurunkan tekanan darah. Pada pukul 10.00 WIB pasien dipindahkan ke ruangan Mawar RS Bhayangkara Bengkulu.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Saat dikaji pada hari Rabu 15 Juni 2022 pukul 12.00 WIB, pasien mengeluh sesak nafas, nyeri dibagian kepala belakang hingga ke tengkuk, mengeluh sulit tidur, lemas dan merasakan tidak nyaman. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan cara : PQRST.

d. Riwayat kesehatan dahulu

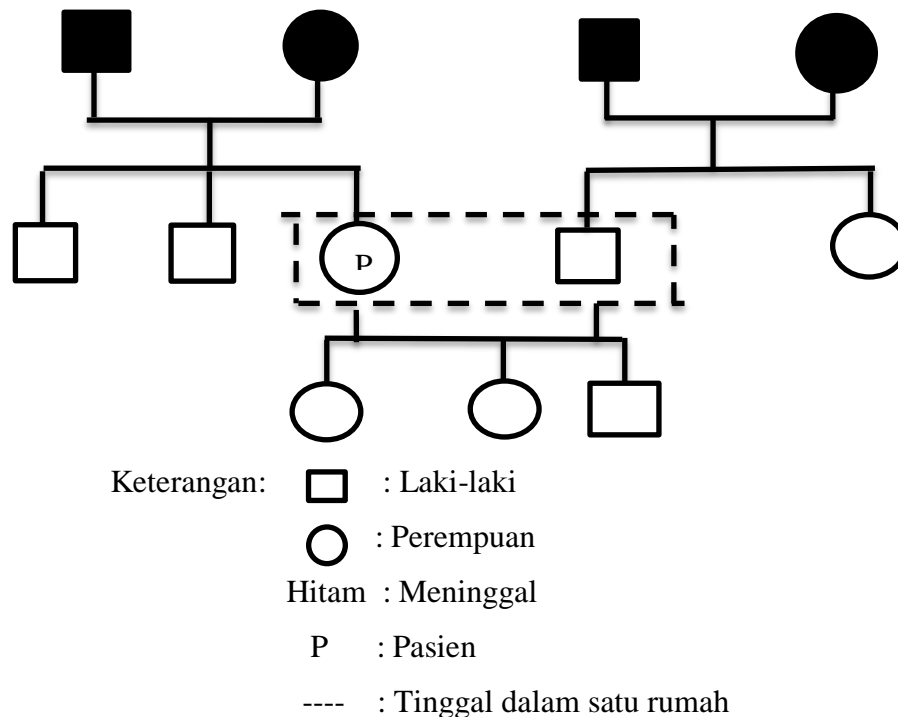
Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan sering mengalami nyeri kepala. Pasien mengatakan sering mengontrol tekanan darahnya di Puskesmas dan pernah di rawat inap dengan diagnosa yang sama dengan kondisi saat ini. Pasien tidak memiliki riwayat operasi, tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol, dan tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama, yaitu almarhuma ibu pasien.

f. Genogram

Mengetahui hubungan di antara anggota keluarga, masalah medis dan psikologis keluarga yang sederhana, mudah, cepat serta murah. Informasi yang didapat dari genogram dapat digunakan oleh tenaga medis untuk mengambil keputusan terhadap masalah pasien dan keluarganya.



3. Gambaran pengkajian kebutuhan pasien

a. Kebutuhan oksigenasi

Pasien tidak ada batuk, tidak ada produksi sputum, ada perasaan sesak saat beraktifitas, frekuensi napas pasien 26x/menit, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada sianosis, serta pasien tidak menggunakan bantuan terapi oksigen.

b. Kebutuhan sirkulasi

Kesadaran composmetis (E:4 V:5 M:6), pasien mengatakan tidak ada perasaan berdebar-debar, merasakan adanya perasaan lelah, ada

perasaan sesak, tidak terdapat edema di bagian ekstermitas atas dan bawah, tidak ada nyeri di bagian ekstermitas atas dan bawah.

c. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Pasien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, jenis makanan lunak, nafsu makan baik, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada alergi makanan, tidak ada penggunaan alat bantu (NGT), tidak ada keluhan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Frekuensi minum 4-5 gelas sehari jenis minum air putih, jumlah minum ± 1500 cc, kemampuan menelan baik, tidak ada masalah pemenuhan kebutuhan cairan.

d. Kebutuhan eliminasi

Pasien mengatakan frekuensi BAK 3-4x sehari warna urine kuning khas, tidak ada nyeri saat BAK, tidak menggunakan alat bantu (kateter). Frekuensi BAB 1x sehari, warna feses kuning, konsistensi lunak, tidak ada penggunaan laxative, tidak ada keluhan saat BAB.

e. Kebutuhan istirahat dan tidur

Pasien mengatakan lama tidur siang tidak menentu, lama tidur malam ± 5 jam, kebiasaan sebelum tidur pasien mengatakan tidak ada kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur, pasien mengatakan dirinya sulit tidur, sering terbangun saat tidur dan merasa tidak puas tidur pada malam hari karena tidak bisa mendengar suara bising dan pasien sering mengeluh nyeri kepala. Pasien mengatakan sering tidak merasa segar saat bangun tidur di pagi hari. Pasien mengatakan ada keluhan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur.

f. Kebutuhan aktifitas mobilisasi

Pasien mengatakan tidak ada keterbatasan pergerakan, tidak ada perasaan lemah otot, pemenuhan kemandirian makan baik, kemandirian personal hygiene di bantu, pemenuhan eliminasi di bantu keluarga, kemandirian berjalan di bantu.

g. Kebutuhan rasa nyaman

Pasien mengatakan ada nyeri kepala dibagian belakang dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang), pasien tampak meringis dan gelisah terlihat dari pasien menanyakan tentang penyakitnya pada perawat, tidak ada perasaan mual muntah.

- | | |
|----------------|--|
| 1. P (Pemicu) | Nyeri akibat hipertensi |
| 2. Q (Quality) | Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk |
| 3. R (Region) | |
| 4. S (Skala) | Pasien mengatakan Nyeri kepala bagian belakang |
| 5. T (Time) | Pasien mengatakn nyeri kepala yang dirasakan berada di skala 5 (nyeri sedang)
Pasien mengatakan nyeri berlangsung terus menerus |

h. Kebutuhan personal hygiene

Pasien mengatakan frekuensi mandi 2x sehari di lap, waktu pagi dan sore, frekuensi oral hygiene 2x sehari, frekuensi cuci rambut tidak ada, frekuensi ganti baju 1x sehari, tidak ada keluhan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

4. Gambaran pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum pasien tampak lemah, tingkat kesadaran composmetis, GCS 15, TD : 180/100 mmHg, N : 105 x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,9°C. BB 60 kg, TB 155 cm, IMT 24,97

b. Sistem penglihatan

Pupil isokor, pergerakan bola mata simetris, konjungtiva ananemis, sclera anikterik pupil reaktif terhadap cahaya, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada pemakaian kaca mata.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga simetris, tidak ada lesi, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem pernafasan

Frekuensi RR 24x/menit, irama tidak teratur, tidak ada terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, tidak terdapat batuk dan produksi sputum tidak ada suara nafas tambahan suara nafas vesikuler.

e. Sistem kardiovaskuler

Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba, tidak ada bunyi jantung tambahan, Frekuensi nadi 105 x/menit, irama teratur, TD 180/100 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada edema, CRT < 2 detik, temperature kulit hangat, tidak ada nyeri pada dada.

f. Sistem syaraf pusat

Tingkat kesadaran composmetis, E: 4 V: 5 M: 6, GCS 15, Terdapat adanya nyeri kepala skala nyeri 5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, tidak ada gangguan sistem persyarafan.

g. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terdapat luka ganggren

h. Sistem intagumen

Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, keadaan kulit lembab, tidak ada luka, tidak ada kelainan pigmen, tidak ada tanda-tanda peradangan pada kulit sekitar pemasangan infus.

i. Sistem musculoskeletal

Tidak ada kesulitan saat bergerak, tidak terdapat nyeri pada tulang dan sendi, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot 5555

j. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan keluarga terdekat pasien adalah anak pasien, interaksi dalam keluarga baik, pembuatan keputusan dengan musyawarah, tidak ada dampak penyakit pasien pada keluarga, mekanisme koping terhadap masalah baik, hal yang dipikirkan saat ini adalah pasien ingin segera sembuh, dan melakukan aktifitas seperti biasanya. Aktifitas agama seperti sholat masih tetap dilakukan.

5. Tabel 4.1 Gambaran hasil pemeriksaan penunjang

No	ITEM PENGKAJIAN	PARTISIPAN (Ny. H)		
		JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
1.	Pemeriksaan penunjang (15 Juni 2022)	Antigen	Negatif	Negatif
		Gula darah sewaktu	111 mg/dL	70-120 mg/dl
		Hemoglobin	13,5 g/dL	Pr: 12,0-14,0 gr/dl Lk: 14,0-16,0 gr/dl
		Hematokrit	40%	Pr: 36-46% Lk: 42-52%
		Leukosit	9,100 iu	4.000-10.000 iu
		Trombosit	372.000 iu	150.000-400.000 iu

6. Tabel 4.2 Gambaran penatalaksanaan terapi obat

No	OBAT	DOSIS			RUTE	INDIKASI
		15/06/2022	16/06/2022	17/06/2022		
1.	IVFD RL	20 tpm	20 tpm	20 tpm	IV	Mempertahankan cairan dalam tubuh pasien
2.	Omeprazole	1 x 1	1 x 1	1 x 1	IV	Obat lambung
3.	Metil prednisolone	1 x 1	1 x 1	1 x 1	IV	Obat radang usus, asma dan alergi
4.	Sucralfate	3 x 1	3 x 1	3 x 1	Oral	Obat asam lambung
5.	ISDN 5 mg	1 x 1	1 x 1	1 x 1	Oral	Obat jantung
6.	Amlodipin 10 mg	3 x 1	3 x 1	3 x 1	Oral	Obat penurun darah (hipertensi)

Tabel 4.3 Gambaran analisis data

NO	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri P : Penyebab hipertensi Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Mengeluh nyeri kepala bagian belakang S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T : Pasien mengeluh nyeri berlangsung selama 10 menit DO : - Tampak meringis - Gelisah TD : 180/100 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8°C	Agen pencedera fisiologis (Peningkatan tekanan vaskuler)	Nyeri Akut
2.	DS: - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien tidak mampu rileks DO: - Pasien tampak gelisah - Tampak merintih TD : 180/100 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8°C	Gejala penyakit	Gangguan Rasa Nyaman

Tabel 4.4 Gambaran Diagnosa Keperawatan

NO	NAMA PARTISIPAN	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TANGGAL DITEGAKKAN	TANDA TANGAN
1.	Ny. H	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vascular)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri <p>P : Penyebab hipertensi</p> <p>Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengeluh nyeri kepala sampai ke tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>T : Pasien mengeluh nyeri berlangsung 10 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Gelisah <p>TD : 180/100 mmHg</p> <p>N : 105 x/menit</p> <p>P : 26 x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p>	15 Juni 2022	

2.	Ny. H	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengeluh sulit tidur• Pasien mengeluh tidak nyaman• Pasien mengeluh lelah• Pasien tidak mampu rileks <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak gelisah• Tampak meringis <p>TD : 180/100 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8 °C</p>	15 Juni 2022	
----	-------	---	--------------	--

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	INTERVENSI KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN (SIKI)	
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskular)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri <p>P : Penyebab hipertensi</p> <p>Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Mengeluh nyeri kepala bagian belakang</p> <p>S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>T : Pasien mengeluh nyeri</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu:</p> <p>SLKI : Tingkat nyeri</p> <p>Ekspetasi : Menurun</p> <p>Dengan indikator kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri : cukup menurun (4) - Meringis : cukup menurun (4) - Gelisah : cukup menurun (4) <p>SLKI : Kontrol nyeri</p> <p>Ekspetasi : Meningkatkan</p> <p>-Kemampuan nyeri terkontrol : Meningkatkan (5)</p> <p>-Kemampuan mengenali onset nyeri : Meningkatkan (5)</p> <p>-Kemampuan mengenali penyebab nyeri :</p>	<p>SIKI: Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi nyerinya, karakteristik, durasinya biasanya tidak lebih dari 30-60 menit, kualitasnya biasanya seperti terasa panas, tertusuk-tusuk, dan intensitas nyeri biasanya 1-10 berdasarkan (Numeric Rating Scale) 2. Mengetahui berapa skala nyeri yang dideritanya biasanya skala nyeri 1-10 berdasarkan (Skala Rating Scale) 3. Mengetahui apa faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (suhu ruangan,

	<p>berlangsung lama 10 menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Gelisah <p>TD :</p> <p>180/100mmHg</p> <p>N : 105 x/menit</p> <p>P : 26 x/menit</p> <p>S : 36,8°C</p>	<p>Meningkat (5)</p> <p>-Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis : Meningkat (5)</p>	<p>5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung)</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>pencahayaan, kebisingan)</p> <p>5. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung) untuk memperlancar aliran darah pada tubuh. Sehingga tekanan darah menurun dan nyeri berkurang.</p> <p>6. Mengetahui pemicu nyeri yang dapat membantu pasien menghindari terjadinya nyeri</p> <p>7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien terapi slow stroke back massage</p> <p>8. Pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien</p>
--	---	--	---	--

2.	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien mengeluh tidak mampu rileks <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Tampak merintih TD : 180/100 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8°C 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pasien mampu:</p> <p>SLK: Pola tidur Ekspetasi : Membaik Dengan indikator kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur : Meningkat (5) - Keluhan sering terjaga : Meningkat (5) - Keluhan tidak puas tidur : Meningkat (5) - Keluhan istirahat tidak cukup : Meningkat (5) 	<p>SIKI: Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi aktifitas istirahat dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidurnya (mis, minum kopi, alkohol, dll) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Memodifikasi lingkungan (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti melakukan pengaturan posisi (semi fowler) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui bagaimana aktifitas istirahat dan tidurnya 2. Menanyakan faktor pengganggu tidurnya baik secara fisik maupun psikologisnya 3. Mengetahui apakah sebelum tidur pasien sering mengonsumsi makanan/minuman yang mengganggu tidurnya (mis, minum kopi, alkohol, dll) 4. Mengurangi faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi tidurnya (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi semi fowler 6. Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur cukup
----	--	---	---	---

			<ol style="list-style-type: none">7. Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur8. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	<p>selama sakit</p> <ol style="list-style-type: none">7. Mengajarkan agar pasien menempati waktu tidur yang dianjurkan8. Mengajarkan agar pasien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidurnya
--	--	--	---	--

Tabel 4.6 Implementasi dan evaluasi keperawatan

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	15 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskular) Subjektif : - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri P : hipertensi Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Pasien Mengeluh nyeri kepala sampai ke tengkuk	14:00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Pasien mengatakan Nyeri kepala bagian belakang, durasi 10 menit, kualitas yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5	17:00 WIB Subjektif : - Pasien mengatakan mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengatakan masih merasakan pusing - Pasien mengatakan masih mengeluh badan terasa lemah - Skala nyeri di skala 5 (sedang)
	14:05 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Skala nyeri berada pada level 5 (nyeri sedang)	
	14:08 WIB	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri	3. Pasien mengatakan jika dia tidur dia merasakan nyeri	
	14:10 WIB	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	4. Pasien mengikuti anjuran yang diberikan perawat agar membatasi jumlah orang yang menjenguknya	

<p>S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T : Pasien mengeluh nyeri berlangsung 10 menit</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Gelisah <p>TD : 180/100 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8°C</p> <p>Analisa : Nyeri berada pada level 5 (nyeri berat)</p> <p>Planning : SIKI : Manajemen nyeri</p>	14:15 WIB	5	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung)	untuk menghindari kebisingan	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih meringis - Pasien tampak gelisah - TD 170/100 mmHg - N : 105 x/menit - RR : 26 x/menit - S : 36,8°C <p>Analisa: SLKI : Nyeri berada pada level 5 (nyeri berat)</p> <p>Planning: Lanjutkan SIKI : manajemen nyeri</p>
	14:20 WIB	6	Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri	5. Pasien dapat mengikuti dengan baik teknik nonfarmakologis slow stroke back massage untuk menurangi rasa nyeri yang diberikan perawat	
	14.30 WIB	7	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	6. Pasien dapat mengetahui apa penyebab dan pemicu nyeri	
	14. 35 WIB	8	Melaksanakan kolaborasi pemberian obat (Amlodipin)	7. Pasien dan keluarga dapat menerapkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri terapi (slow stroke back massage)	
				8. Melaksanakan kolaborasi pemberian obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien (Amlodipin)	

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	15 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-1

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien tidak mampu rileks Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Tampak merintih TD : 170/100 mmHg N : 105 x/menit	19:30 WIB	1. Mengidentifikasi aktifitas istirahat dan tidur	1. Pasien mengatakan lama tidur malam 5 jam	06.00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasakan sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien mengeluh tidak mampu rileks Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak merintih TD 170/90 mmHg N : 105
	19.35 WIB	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (mis, fisik dan fisiologisnya)	2. Mengetahui faktor pengganggu tidur pasien (mis, fisik dan fisiologisnya)	
	19.40 WIB	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, minuman kopi, alkohol, dll)	3. Pasien mengatakan tidak ada faktor minuman/makanan yang mengganggu tidurnya	
	19.42 WIB	4. Memodifikasi lingkungan (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)	4. Mengurangi faktor lingkungan yang mengganggu tidur (membatasi jumlah orang yang menjenguk pasien)	
	19 45 WIB	5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti melakukan pengaturan posisi semi	5. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	

<p>P : 26 x/menit S : 36,7°C</p> <p>Analisa SLKI : Gangguan rasa nyaman berada pada level 3</p> <p>Planning : Lakukan SIKI : Dukungan tidur</p>	<p>19.47 WIB</p> <p>19 50 WIB</p> <p>20.00 WIB</p>	<p>fowler</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Mengajukan menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Mengajukan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>6. Pasien memahami pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Pasien dapat menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Pasien mengikuti anjuran dari perawat agar menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidurnya</p>	<p>x/menit RR : 26 x/menit S : 36,6°C</p> <p>Analisa: SLKI : Gangguan rasa nyaman masih berada pada level 3</p> <p>Planning: Lanjutkan SIKI : Dukungan tidur</p>
---	--	--	--	--

Tabel 4.7 Implementasi dan evaluasi keperawatan

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	16 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN N (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Peningkatan tekanan vaskuler) - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri P : Penyebab hipertensi Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Pasien Mengeluh nyeri	10:30 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Pasien mengatakan Nyeri kepala bagian belakang, durasi 10 menit, kualitas yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5	13:40 WIB Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang - Pasien mengatakan pusing mulai berkurang - Pasien mengatakan badan terasa lemas sedikit berkurang - Skala nyeri di skala 4 (nyeri sedang)
	10:35 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Skala nyeri berada pada level 5 (nyeri sedang)	
	10:38 WIB	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri	3. Pasien mengatakan jika dia tidur dia merasakan nyeri	
	10:40 WIB	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (suhu ruangan, pencahayaan,	4. Pasien mengikuti anjuran yang diberikan perawat agar	

<p>kepala sampai ke tengkuk S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T : Pasien mengeluh nyeri berlangsung 10 menit</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Gelisah <p>TD : 170/90 mmHg N : 105 x/menit P : 26 x/menit S : 36,8°C</p>	10:45 WIB	<p>kebisingan)</p> <p>5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung)</p>	<p>membatasi jumlah orang yang menjenguknya untuk menghindari kebisingan</p> <p>5. Pasien dapat mengikuti dengan baik teknik nonfarmakologis slow stroke back massage untuk menurangi rasa nyeri yang diberikan perawat</p>	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis sedikit lebih berkurang - Pasien tampak gelisah sedikit mulai berkurang - TD 160/90 mmHg N : 82 x/menit RR : 23 x/menit S : 36,5°C
<p>Analisa : Nyeri berada pada level 4 (nyeri berat)</p> <p>Planning : SIKI : Manajemen nyeri</p>	10:48 WIB	6. Menjelaskan penyebab dan pemuci nyeri	6. Pasien dapat mengetahui apa penyebab dan pemicu nyeri	<p>Analisa: SLKI : Nyeri berada pada level 4 (nyeri berat)</p>
	10:55 WIB	7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	7. Pasien dan keluarga dapat menerapkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri terapi (slow stroke back massage)	<p>Planning: Lanjutkan SLKI : Manajemen nyeri</p>

	12.00 WIB	8. Melaksanakan kolaborasi pemberian obat (Amlodipin	8. Melaksanakan kolaborasi pemberian obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien Amlodipin 10 mg (3x1)	
--	-----------	--	---	--

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	16 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-2

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien tidak mampu rileks Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Tampak merintih TD : 160/80 mmHg N : 95 x/menit P : 25 	19:30 WIB	1. Mengidentifikasi aktifitas istirahat dan tidur	1. Pasien mengatakan lama tidur malam 5 jam	07.00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit merasakan sulit tidur - Pasien masih mengeluh tidak nyaman - Pasien masih sedikit mengeluh lelah - Pasien mengeluh sudah sedikit mulai mampu rileks Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah sudah mulai berkuang - Pasien tampak
	19.35 WIB	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (mis, fisik dan fisiologisnya)	2. Mengetahui faktor pengganggu tidur pasien (mis, fisik dan fisiologisnya)	
	19.40WIB	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, minuman kopi, alkohol, dll)	3. Pasien mengatakan tidak ada faktor minuman/makanan yang mengganggu tidurnya	
	19.42 WIB	4. Memodifikasi lingkungan (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)	4. Mengurangi faktor lingkungan yang mengganggu tidur (membatasi jumlah orang	

<p>x/menit S : 36,7°C</p> <p>Analisa SLKI : Gangguan rasa nyaman berada pada level 4</p> <p>Planning : Lakukan SIKI : Dukungan tidur</p>	<p>19 45 WIB</p> <p>19.47 WIB</p> <p>19 50 WIB</p> <p>20.00 WIB</p>	<p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti melakukan pengaturan posisi semi fowler</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Menganjurkan menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>yang benjenguk pasien)</p> <p>5. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>6. Pasien memahami pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Pasien dapat menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Pasien mengikuti anjuran dari perawat agar menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidurnya</p>	<p>merintah sedikit mulai berkurang TD 150/80 mmHg N : 100 x/menit RR : 26 x/menit S : 36,6°C</p> <p>Analisa: SLKI : Gangguan rasa nyaman berada pada level 4</p> <p>Planning: Lanjutkan SIKI : Dukungan tidur</p>
--	---	---	---	--

Tabel 4.7 Implementasi dan evaluasi keperawatan

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	17 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Peningkatan tekanan vaskuler) <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh badan terasa lemas - Pengkajian nyeri P : Penyebab hipertensi Q : Kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Pasien Mengeluh nyeri kepala sampai ke 	10:30 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1. Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, durasi 10 menit, kualitas yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5	13:40 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan pusing sudah berkurang - Pasien mengatakan badan sudah tidak terasa lemas - Skala nyeri di skala 3 (nyeri ringan)
	10:35 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Skala nyeri berada pada level 5 (nyeri sedang)	
	10:38 WIB	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri	3. Pasien mengatakan jika dia tidur dia merasakan nyeri	

<p>tengkuk S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T : Pasien mengeluh nyeri berlangsung 10 menit</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Gelisah <p>TD : 140/80 mmHg N : 95 x/menit P : 24 x/menit S : 36,8°C</p> <p>Analisa : Nyeri berada pada level 3 (nyeri sedang)</p> <p>Planning : SIKI : Manajemen nyeri</p>	10:40 WIB	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	4. Pasien mengikuti anjuran yang diberikan perawat agar membatasi jumlah orang yang menjenguknya untuk menghindari kebisingan	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak merinis sudah berkurang - Pasien tampak gelisah sudah berkurang - TD 130/80 mmHg N : 95 x/menit RR : 23 x/menit S : 36,5°C <p>Analisa: Nyeri akut teratasi : Skala nyeri 3 (nyeri sedang)</p> <p>Planning: Intervensi SIKI Manajemen nyeri dihentikan</p>
	10:45 WIB	5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung)	5. Pasien dapat mengikuti dengan baik teknik nonfarmakologis slow stroke back massage untuk menurangi rasa nyeri yang diberikan perawat	
	10:48 WIB	6. Menjelaskan penyebab dan pemuci nyeri	6. Pasien dapat mengetahui apa penyebab dan pemicu nyeri	
	10:55 WIB	7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	7. Pasien dan keluarga dapat menerapkan teknik nonfarmakologis untuk	

	12.30 WIB	8. Mengkolaborasi pemberian analgetik	mengurangi rasa nyeri terapi (slow stroke back massage) 8. Melaksanakan kolaborasi pemberian obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien (Amlodipin)	
--	-----------	---------------------------------------	--	--

Nama pasien	Ny. H	Ruangan	Mawar
Umur	66 tahun	No. RM	00.17.16
Hari/tanggal	16 Juni 2022	Implementasi	Hari ke-3

PENGKAJIAN (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI		EVALUASI	
	WAKTU	TINDAKAN	FORMATIF (RESPON HASIL)	SUMATIF (RESPON PERKEMBANGAN)
Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak nyaman - Pasien mengeluh lelah - Pasien tidak mampu rileks Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Tampak merintih TD : 130/80 mmHg N : 95 x/menit P : 23 	19:30 WIB	1. Mengidentifikasi aktifitas istirahat dan tidur	1. Pasien mengatakan lama tidur malam 5 jam	07.00 WIB Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur - Pasien mengatakan sudah mulai nyaman - Pasien mengatakan lelah sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan sudah mulai mampu rileks Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah tidak gelisah
	19:35 WIB	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (mis, fisik dan fisiologisnya)	2. Mengetahui faktor pengganggu tidur pasien (mis, fisik dan fisiologisnya)	
	19:40 WIB	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, minuman kopi, alkohol, dll)	3. Pasien mengatakan tidak ada faktor minuman/makanan yang mengganggu tidurnya	
	19:42 WIB	4. Memodifikasi lingkungan (mis, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)	4. Mengurangi faktor lingkungan yang mengganggu tidur (membatasi jumlah orang	

<p>x/menit S : 36,7°C</p> <p>Analisa SLKI : Gangguan rasa nyaman berada pada level 5 (membaik)</p> <p>Planning : SIKI : Dukungan tidur</p>	<p>19.45 WIB</p> <p>19.47 WIB</p> <p>19.50 WIB</p> <p>20.00 WIB</p>	<p>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti melakukan pengaturan posisi semi fowler</p> <p>6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Mengajarkan menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>yang benjenguk pasien)</p> <p>5. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>6. Pasien memahami pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>7. Pasien dapat menempati kebiasaan waktu tidur</p> <p>8. Pasien mengikuti anjuran dari perawat agar menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidurnya</p>	<p>- Pasien tampak merintih sudah berkurang TD 130/70 mmHg N : 90 x/menit RR : 23 x/menit S : 36,6°C</p> <p>Analisa: SLKI : Gangguan rasa nyaman teratasi berada pada level 5 (membaik)</p> <p>Planning: Intervensi SIKI dihentikan</p>
--	---	--	---	---

B. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, menggali kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Potter & Perry, 2014).

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2022 dan merupakan hari pertama Ny. H dirawat dengan diagnosa hipertensi . Pada tahap pengkajian awal, data penting yang harus di temukan pada pasien dengan hipertensi adalah keluhan pasien masuk rumah sakit karena pusing. Gejala klinis khas yang biasa di temukan pada penderita hipertensi adalah nyeri di daerah tengkuk dan nyeri kepala (Doengoes, 2012). Pada kasus Ny. H ditemukan data keluhan pasien datang kerumah sakit karena sesak nafas 1 hari yang lalu, nyeri kepala, mengeluh sulit tidur dan lemas. Data ini sudah menunjukkan adanya gejala dari hipertensi.

Faktor resiko terjadinya hipertensi yaitu primer genetik, obesitas, stress, elastisitas jaringan menurun (usia), gaya hidup. Jadi ada 4 faktor resiko yang ditemukan pada Ny. H yaitu faktor genetik (Ny. H mengatakan memiliki keterunan hipertensi yaitu almarhuma ibu kandungnya), riwayat penyakit (Ny. H mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit karena hipertensi) dan faktor usia (usia Ny. H sudah 66 tahun) dan faktor stress.

Pada studi kasus pasien Ny. H menderita hipertensi yang ditandai dengan tekanan darah pada pasien dalam 3 hari berturut-turut adalah 180/100 mmHg, 160/80 mmHg, dan 130/80 mmHg, pasien mengalami gangguan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan pasien mengalami nyeri pada bagian belakang kepala, pasien mengalami kesulitan tidur yang diakibatkankan karena nyeri kepala bagian belakang dan pasien juga tampak lemas.

Pemeriksaan penunjang pada pasien hipertensi meliputi pemeriksaan Albumin, serum, BUN, hemoglobin/hematokrit, trombosit, leukosit, kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah), ekg, dan foto rontogen (Aspiani, 2016). Pada Ny. H pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium yaitu, Hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, gula darah sewaktu dan swab antigen. Pemeriksaan penunjang ini tidak lengkap bagi pasien hipertensi.

Penatalaksanaan obat yang diberikan terapi berupa infus RI dengan 20 tts/menit, dan inj katekolac 20 mg (3x1 amp), inj furosemide 20 mg (2x1 amp), inj omeprazole (1x1 amp). Ny. H diberikan obat berupa Infus RI dengan 20 tts/menit, inj omeprazole (1x1 amp), metil prednisolone (1x1 amp), sucralfate (3x1 syrup), ISDN (1x5 mg), Amlodipin (3x10 mg). Terapi pengobatan pada Ny. H sudah tepat sesuai dengan penatalaksanaan pada penderita hipertensi seperti amlodipine dan Condesortan yang merupakan obat golongan dihydropyridine yang berfungsi untuk mengatur tekanan darah (Corwin, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala yang dirasakan oleh Ny. H. Diagnosa keperawatan pertama yang muncul pada masalah Ny. H yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler) dengan skala nyeri yang dirasakan berada di level 5 (nyeri sedang), pasien mengeluh nyeri kepala menjalar sampai ke tengkuk pasien tampak nyeri dengan TD : 180/100 mmHg, pasien tampak pusing, pasien gelisah dan lemas. Diagnosa kedua yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengeluh tidak nyaman, pasien mengeluh lelah dan data objektif pasien tampak gelisah, pasien tampak tidak rileks, pasien tampak meringis dan berkeringat. Diagnosa ini,

ditegakkan sesuai dengan diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan perawat rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2017). Secara teori rencana keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI) dan *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (SLKI).

Pemecahan masalah dilakukan dengan membuat intervensi keperawatan yang tujuannya adalah mencegah terjadinya komplikasi pada pasien dan keluhan serta kondisi pasien menjadi lebih baik. Perencanaan yang dibuat ini diberikan kepada pasien Ny. H yang bertujuan untuk membandingkan efek dari pemberian intervensi yang telah disusun, dengan berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya.

Intervensi pilihan disusun berdasarkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan (peningkatan tekanan vascular) dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Berdasarkan intervensi pilihan bersumber dari jurnal pengaruh terapi slow stroke back massage (pijat lembut pada punggung) terhadap tekanan darah dan nyeri (Ni kadek, 2019). Dan juga pengaruh posisi semi fowler terhadap kualitas nyeri dan tidur pasien. Efektifitas terapi pijat lembut pada punggung terhadap tekanan darah (Kusumoningtyas, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan mewujudkan pelaksanaan tindakan dari perencanaan yang telah dibuat (Potter & Perry, 2011). Pada kasus Ny. H diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler) dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit implementasi yang dilakukan manajemen nyeri, pemantauan tekanan darah, dukungan

pola tidur, mengajarkan teknik *slow stroke back massage* (pijat lembut pada punggung) dan pengaturan posisi semi fowler.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan darah) implementasi yang dilakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor pencetus, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengajarkan teknik *slow stroke back massage* untuk mengurangi nyeri pasien, menjelaskan penyebab pemicu nyeri dan kolaborasi pemberian obat amlodipine 10 mg untuk menurunkan tekanan darah pasien.

Diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit implementasi yang dilakukan mengetahui aktifitas istirahat tidur pasien, mengetahui faktor pengganggu tidur pasien baik fisik maupun fisiologisnya, menganjurkan pasien tidak mengonsumsi makanan dan minuman seperti kopi yang mengganggu tidurnya, menganjurkan posisi semi fowler untuk meningkatkan kualitas tidur pasien dan memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga tidak terlalu banyak yang berkunjung ke rumah sakit agar pasien tidak merasakan kebisingan saat tidur. Pada kedua diagnosa keseluruhan implementasi dilakukan selama 3 hari.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan kearah pencapaian tujuan, dengan menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap kali selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi keperawatan pada hari pertama tanggal 16 Juni 2022 masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vascular) dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit belum teratasi karena pasien belum menunjukkan

perubahan kondisi seperti pasien mengatakan masih merasakan nyeri skala nyeri 5 (nyeri sedang), masih merasakan pusing, lemas, sulit tidur, gelisah, dan masih merasa tidak nyaman TD : 170/90 mmHg. Hasil analisa masih berada di level 4 (sedang).

Pada hari kedua tanggal 16 Juni 2022 masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler) dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit teratasi sebagian karena pasien menunjukkan kondisi pasien mengalami perubahan seperti pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, pusing sedikit berkurang, sedikit lemas, mulai merasa bisa tidur walaupun sedikit-sedikit, sedikit mulai rileks. Hasil analisa berada di level 3 (sedang).

Pada hari ketiga 17 Juni 2022 masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler) dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Ny. H berhasil teratasi. Dibuktikan dengan perubahan kondisi sudah mulai tidak merasakan nyeri, pusing sudah berkurang, sudah tidak terlalu lemas, tidak terlalu sering terjaga saat tidur, sudah mulai rileks, dan merasa sudah cukup nyaman dengan kondisinya saat ini. Hasil analisa yang menunjukkan berada di level Hal ini dapat tercapai karena pasien kooperatif dalam menjalankan intervensi yang telah direncanakan oleh perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus pemenuhan rasa nyaman nyeri Ny.H dengan masalah Hipertensi yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh Ny. H pada tanggal 15 Juni 2022 didapatkan data pasien mengeluhkan sesak nafas, nyeri kepala, sulit tidur, dan lemas. Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah TD : 180/100 mmHg dan skala nyeri berada di level 5 (nyeri sedang). Faktor pencetusnya adalah pasien kelelah terlalu banyak beraktifitas dan banyak pikiran. Berdasarkan pengkajian tersebut keluhan yang dialami Ny. H menunjukkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler), serta gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit sesuai dengan hasil pengkajian dan tujuan intervensi penulis.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama yang diangkat terhadap Ny. H adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler). Diagnosa keperawatan ini diambil berdasarkan batasan karakteristik, tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti pasien mengeluh nyeri kepala, meringis kesakitan, sulit tidur, dan lemas dengan tekanan darah TD : 180/100 mmHg dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang) belum mampu mengontrol nyeri.

Diagnosa keperawatan yang kedua yang diangkat terhadap Ny. H adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Diagnosa keperawatan ini diambil berdasarkan batasan karakteristik, tanda dan gejala yang dialami oleh pasien seperti pasien mengeluh sulit tidur, gelisah, merasa tidak nyaman dan sering terjaga saat tidur.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. H telah direncanakan sesuai diagnosa yang telah ditegakkan yang merujuk pada buku SIKI, SLKI, dan jurnal sebagai evidence base terapi *slow stroke back massage*. Intervensi disusun berdasarkan fokus dari penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu mengenai asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri.

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan semua intervensi yang telah disusun oleh penulis, hampir semua intervensi dilakukan pada pasien. Implementasi manajemen nyeri dan pengaturan posisi (semi fowler) dilakukan selama 3 hari. Pasien mengatakan terasa nyaman saat dilakukan pemberian intervensi teknik *slow stroke back massage* (pijat lembut pada punggung) dan pengaturan posisi (semi fowler). Dapat disimpulkan teknik ini efektif dilakukan pada pasien hipertensi. Sesuai dengan tingkat keparahan pada masing-masing pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. H pada hari pertama implementasi masalah belum teratasi karena pasien belum menunjukkan perubahan kemajuan kondisi yang signifikan. Pada hari kedua implementasi masalah sudah teratasi sebagian karena kondisi pasien sudah mulai menunjukkan adanya perubahan yang baik. Pada hari ketiga implementasi masalah telah teratasi karena hampir sudah tidak ada keluhan yang dirasakan pasien.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Hipertensi sangat umum terjadi pada masyarakat Indonesia, ketidaktahuan akan penyakit menyebabkan seseorang tidak sadar akan komplikasi yang disebabkan oleh hipertensi. Oleh sebab itu pemeriksaan yang rutin perlu dilakukan pada pasien dalam mengontrol masalah kesehatan yang dialami dan juga dapat menerapkan terapi

slow stroke back massage, serta terapi posisi semi fowler untuk mengatasi masalah kebutuhan rasa nyaman pada pasien hipertensi.

2. Bagi perawat

Diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat dirumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit yang lebih baik, khususnya pada pasien hipertensi dengan masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri.

3. Bagi pelayanan kesehatan

Karya tulis ilmiah ini sebaiknya dapat digunakan rumah sakit sebagai bahan acuan atau referensi dalam memberikan pendidikan kepada perawat mengenai asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri.

4. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai sumber informasi kepustakaan dan sebagai referensi dalam pemberian materi tentang nyeri dengan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada pasien dengan hipertensi dan menjadi referensi untuk tingkatan selanjutnya dalam pembuatan karya tulis ilmiah pada jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Jayawardhana. 2017. Efektifitas Slow Stroke Back Massage Terhadap Lansia Dengan Hipertensi UPTD Griya Werdhana Jambangan Surabaya. Keperawatan dan Kebidanan. ISSN : 2580-1929.
- A Potter & Perry, A. G. (2006) Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.
- Ainnur Rahmanti, Tolcha Ami N (2021), Penerapan massage mulai dari punggung sampai kepala terhadap nyeri kepala pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Tk III Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2021
- Arifin, R., Harmayetty., & Sriyono. 2012. Perbedaan Comunication Back Massage & Back Massage Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi. *Critical, Medical And Surgical Nursing Journal*.
- Aspiani, dkk. 2016. Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiovaskuler. Jakarta : EGC.
- Ballenger, Jhon Jacob. Penyakit-penyakit Laring. Dalam : Penyakit Telinga. Hidung, Tenggorokan, Kepala dan Leher. Edisi XIII Jilid 1. Jakarta: Bina Rupa Askara. 1994. Hal. 45, 454-460.
- Black, J dan Hawks, J. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang diterapkan. Dialih bahasakan oleh Nampira R. Jakarta :Selemba Emban Patria.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu., 2020. Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu Tahun 2019. Bengkulu: Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- Dwinka Nuke Kusumoningtyas, Diah Ratnawati. 2018. Efektifitas slow stroke back massage terhadap tekanan darah pada lansia di RW 001 kelurahan jombang kecamatan ciputat kota tanggerang selatan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopidi*, 2 (2), 39-57
- Kusumoningtyas, D. N., & Ratnawati, D. (2018). Efektifitas Terapi Slow Stroke Back Massage Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia di RW 001 Kelurahan Jombang Kecamatan Ciputat Kota Tangerang Selatan. *JIKO (Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopedi)*, 2(2), 39–57. <https://doi.org/10.46749/jiko.v2i2.15>
- Lu, T.-H., Chen, D.-R., & Chiang, T.-L. (2015). 3. *Taiwan Journal of Public Health*, 34(2), 115–119.
- Murtiono, & Ngurah, I. G. K. G. (2020). Gambaran asuhan keperawatan

- dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri. *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 35–42.
- Muttaqin. (2012). *Gambaran Asuhan Keperawatan*., Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (2012).
- Nanda. (2018). *Diagnosa Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta : EGC.
- Nur Arif. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Klasifikasi hupertensi Tahun 2015*.
- Riset Kesehatan Dasar, 2018. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018* Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Riskesdas kemenkes RI. 2018. Prevelensi hipertensi. Diakses pada 2021 : [www.kesmas.go.id/assets/upload/dir/files/ Hasil riskesdas-2018 1274.pdf](http://www.kesmas.go.id/assets/upload/dir/files/Hasil_riskesdas-2018_1274.pdf)
- Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. (2020). *Profil Rumah Sakit Bhayangkara Tahun 2020*. Bengkulu : Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu.
- Rosmiati Saleh, Suryo Pratikwo, Putri Aisyiyah Rahmania, M. I. (2020). Pengolahan Keperawatan Keluarga Ny. R dan Ny. U dengan nyeri kepala dengan hipertensi di kota Pekalongan. *Jurnal Lintas Keperawatan*. <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/LIK/article/view/6452>
- Rusadi, H. M., Hardin, & Rasyid, D. (2021). *Studi Literatur Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pasien Hipertensi*. 2(1), 21–33.
- Rosdahl, C.B., & Kowalski, (2011). *Catatan Kebutuhan Manusia (KDM)* Yogyakarta : Nuhu Medika.
- Setiati S, Alwi I, Sudayo AW, K MS, Setiyohadi B, Syam AF. 2015 *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Interna Publishing.
- Shinta Fresia.(2021) Efektivitas Penerapan Teknik *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) terhadap penurunan nyeri kepala pada pasien hipertensi di ruangan Garuda di Rumah Sakit dr. Esnawan antariksa Jakarta Tahun 2021
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC.
- Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S, *Buku Ajar Penyakit Dalam* Jilid II Edisi V. Jakarta : Interna Publishing : 2009.

- Tim Pokja. SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI)*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018 *Standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI)*. Jakarta :Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Wijaya, dkk. 2016. *penyakit kardiovaskuler*. Jakarta.
- Wijaya, A.S., & Putri, Y. M. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa*. Jogja: Nuha Medika.
- World Health Organization. *A Global Brief Hypertension: Silentn Killer, Global Public Health Crises*, Geneva: WHO : 2015.
- World Heallth Organization* (WHO). 2019. *Data Hipertensi Global*. Asia Tenggara: WHO.
- Yekti dan Wulandari Ari. (2011) *cara jitu mengatasi hipertensi*. Yogyakarta : C.V Andi Offset.

L

A

M

P

I

R

A

N

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Azzar Ratur Rahma M.H
Tempat,tanggal lahir : Bengkulu, 26 Maret 2001
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Nama Orang Tua
Ayah : Muhardi
Ibu : Hazizah Hasnawati
Alamat Rumah : Jln. Bengkulu Curup, Desa Taba Baru, Kec. Taba
Penanjung, Kabupaten, Bengkulu Tengah, Provinsi Bengkulu
No.Telp : 083826755985
Email : azzarraturrahmaa@gmail.com
Riwayat Pendidikan : 1. SDN 01 Taba Penanjung
2. SMPN 01 Taba Penanjung
3. SMK IT RAHMATAN KARIMAH Bengkulu Tengah

DOKUMENTASI HASIL PENELITIAN



15-20 Menit

20-25 Menit

5. Kondisi bagaimana nyeri timbul

Bila bergerak

Tiba-tiba

Hilang timbul

6. Apakah ada perasaan tidak nyaman ?

Ya

Tidak

7. Apakah ada perasaan sulit tidur ?

Ya

Tidak

8. Apakah ada perasaan sulit rileks ?

Ya

Tidak

9. Apakah ada perasaan gatal ? mual ? muntah?

Ya

Tidak

10. Apakah ada ekspresi gelisah dan meringis, keringat banyak ?

Ya

Tidak

11. Apakah ada demam ? menggigil/berkeringat ?

Ya

Tidak

LAMPIRAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

SLOW STROKE BACK MASSAGE

Pengertian	Slow Stroke Back Massage merupakan intervensi keperawatan yang diberikan dengan cara memberikan usapan secara perlahan, tegas berirama dengan kedua tangan menutup area selebar 5 cm diluar tulang belakang yg di mulai dari kepala hingga area secrum dengan kecepatan sekitar 60 gerakan dengan hitungan menit dan dibutuhkan sekitar 3 hingga 10 menit
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Melancarkan sirkulasi darah2. Meningkatkan relaksasi dan menurunkan stress3. Mengurangi rasa nyeri dan kelelahan4. Meningkatkan kualitas tidur
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Ruam di kulit2. Peradangan kulit3. Patah tulang4. Kulit yang kemerahan5. Luka bakar6. Luka memar
Sasaran	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien dengan nyeri2. Pasien dengan sulit tidur
Fase Prainteraksi	<ol style="list-style-type: none">1. Perawat melakukan persiapan terlebih dahulu sebelum bertemu pasien seperti membaca status pasien2. Mempersiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan saat melakukan tindakan terapi slow stroke back massage yaitu:<ul style="list-style-type: none">- Selimut- Loyion- Handuk- Handscoon (jika perlu)
Fase Orientasi	Salam terapeutik : <ol style="list-style-type: none">1. Perawat mengidentifikasi pasien mengucapkan salam dan memperkenalkan diri

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Evaluasi dan validasi : 3. Menanyakan kabar pasien dan nyeri yang dirasakan 4. Menanyakan bagaimana istirahatnya cukup/tidak <p>Informed consent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Perawat menjelaskan tindakan pemberian terapi slow stroke back massage, tujuan, manfaat, waktu dan persetujuan pasien 6. Memberikan kesempatan untuk bertanya 7. Meminta persetujuan pasien
Fase Interaksi	<p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selimut 2. Loction 3. Handuk 4. Handscoon (jika perlu) <p>Persiapan Lingkungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengatur posisi pasien 6. Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengukuran tekanan darah 2. Mengkaji skala nyeri, dengan PQRST dengan mengkaji intensitas nyeri menggunakan instrument numeric rating scale (NRS) 3. Mengatur posisi untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bisa tidur miring, telungkup, atau duduk 4. Membuka baju pasien mulai dari punggung, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya dengan selimut 5. Melakukan pemeriksaan lokasi terlebih dahulu, setelah itu tuangkan loction ditangan 6. Melakukan pijat ke arah atas

dengan cara memutar dan lalu ke bawah



7. Melakukan pijatan dengan tumpuan ibu jari keatas dan memutar lalu kebawah
8. Melakukan pemijatan dengan kedua telapak tangan memijat dengan cara zigzag dari bawah lalu ke atas



9. Mengakhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu pasien bahwa massage akan diakhiri



10. Membersihkan kelebihan dari loction dari punggung pasien dengan sapu tangan
11. Membantu memakai baju/piama dan bantu pasien mengubah posisi yang nyaman
12. Merapikan alat dan cuci tangan
13. Perawat mengukur kembali tekanan darah
14. Pengkajian skala nyeri, dengan PQRST dan mengkaji intensitas nyeri menggunakan numeric rating scale (NRS)

Fase Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi subjektif : Menanyakan bagaimana perasaan pasien setelah diberikan terapi slow stroke back massage ini 2. Evaluasi objektif : Melihat kondisi pasien setelah diberikan terapi slow stroke back massage 3. Rencana tindakan lanjut : <ul style="list-style-type: none"> - Akan diberikan terapi slow stroke back massage pada hari selanjutnya 4. Kontrak yang akan datang : <ul style="list-style-type: none"> - Mengontrak waktu kapan akan diberikan terapi slow stroke back massage
Indikator Pencapaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon verbal 2. Respon non verbal
<i>Sumber</i>	<p>Sumber : Modifikasi dari Kusumoningtyas & Ratnawati</p> <p>Efektifitas terapi <i>slow stroke back</i> massage terhadap tekanan darah</p>

Sumber : Modifikasi dari Kusumoningtyas & Ratnawati (2018)

LEMBAR OBSERVASI

SKALA INTENSITAS NYERI SEBELUM DAN SESUDAH MELAKUKAN SLOW STROKE BACK MASSAGE

A. Identitas responden

Inisial Klien :

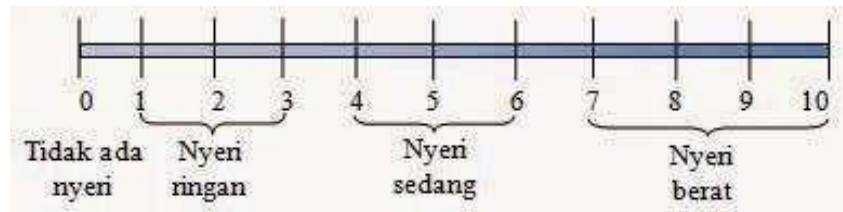
Umur :

Jenis Kelamin :

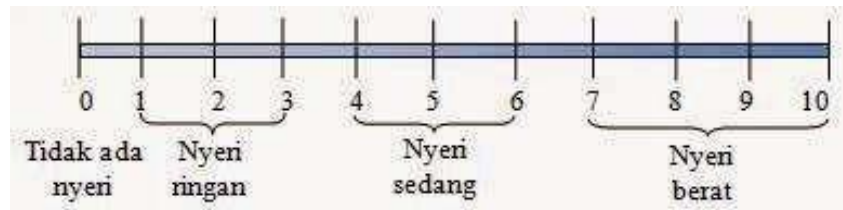
B. Skala intensitas nyeri NRS : (*Numeric Rating Scale*)

Hari/tanggal :

1. Skala nyeri pasien sebelum di lakukan *Slow Stroke Back Massage*



2. Skala nyeri pasien setelah dilakukan *Slow Stroke Back Massage*



NO	Hari dan Tanggal	Ny. H	
		Sebelum	Setelah
1.	Kamis, 16 Juni 2022	Skala Nyeri 5	Skala Nyeri 5
2.	Jum'at, 17 Juni 2022	Skala Nyeri 5	Skala Nyeri 4
3.	Sabtu, 18 Juni 2022	Skala Nyeri 4	Skala Nyeri 3



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



25 Mei 2022

Nomor : : DM. 01.04/1500.../2022
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Azzar Ratur Rahma M.H
NIM : P05120219006
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 083826755985
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 1 Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik

Ns. Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada:





PEMERINTAH KOTA BENGKULU
DINAS KESEHATAN

Jl. Letjen Basuki Rahmat No. 08 Bengkulu Telp (0736) 21072 Kode Pos 34223

REKOMENDASI

Nomor : 070 / 225 / D.Kes / 2022

Tentang
IZIN PRA PENELITIAN

Dasar Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/408/2/2022 Tanggal 03 Februari 2022 Perihal : Permohonan Izin Pengambilan data awal Dalam Bentuk Karya Tulis ilmiah (KTI) / skripsi atas nama :

Nama : Azzar Ratur Rahma, M.h
N I M/NPM : P05120219006
Program Studi : D III Keperawatan
Judul / Data : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi di rumah Sakit X Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : 1. Dinas Kesehatan Kota Bengkulu
2. Rs. ...
Lama Kegiatan : 14 Februari 2022 s/d. 19 Februari 2022

Pada prinsipnya Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tidak berkeberatan diadakan pra penelitian/kegiatan yang dimaksud dengan catatan ketentuan :

- Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
- Harap mentaati semua ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
- Apabila masa berlaku Rekomendasi Pra Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Pra Penelitian.
- Setelah selesai mengadakan kegiatan diatas agar melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bengkulu (tembusan).
- Surat Rekomendasi Pra Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak menaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIKELUARKAN DI: B E N G K U L U
PADA TANGGAL : 11 FEBRUARI 2022

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA BENGKULU

Sekretaris

NURHIDAYAT S. Firm, Apt, M.E

Pembina, IV/a

Nip. 198002122005022004

Tembusan :
1. Dir. Ruma Sakit ...
2. Yang Bersangkutan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225

Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343

website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



Nomor : DM. 01.04/1.1007.1/2/2022
Lampiran : -
Hal : Pengambilan Kasus

Yang Terhormat,
Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
di_
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan kasus kepada :

Nama : Azzar Ratur Rahma M.H
NIM : P05120219006
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 083826755985
Tempat Pengambilan Kasus : Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
Waktu Pengambilan Kasus : Juni Tahun 2022
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik



Agung Wiyadi, S.Kep, M.Kes
NIP. 196810071988031005

Tembusan disampaikan kepada :

-





PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Melur No. 01 Nusa Indah Telp. (0736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 695 /B.Kesbangpol/2022

- Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : DM.01.04/ 1584 /2/2022 tanggal 25 Mei 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : AZZAR RATUR RAHMA M.H
NIM : P05120219006
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : D3 Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022
Tempat Penelitian : RS Bhayangkara Bengkulu
Waktu Penelitian : 6 Juni 2022 s.d 30 Juli 2022
Penanggung Jawab : Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

- Dengan Ketentuan :
- 1 Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
 - 2 Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
 - 3 Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
 - 4 Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
 - 5 Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 2 Juni 2022

WALIKOTA BENGKULU
Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Kota Bengkulu



Dokumen ini telah diregistrasi, dicap dan ditanda tangani oleh Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu dan didistribusikan melalui Email kepada Pemohon untuk dicetak secara mandiri, serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH BENGKULU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 8 Juni 2022

Nomor : B/4C/VI/KES.22/2022/RUMKIT
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian izin penelitian

Kepada,
Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

di -

Tempat

1. Rujukan:
 - a. Surat dari Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/1587/2/2022 tentang Pengambilan Kasus;
 - b. Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor: 070/685/B.Kesbangpol/2022 tanggal 2 Juni 2022 tentang Rekomendasi Penelitian.
2. Sehubungan dengan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa diberikan izin penelitian kepada:
 - a. Nama : Azzar Ratur Rahma M.H
 - b. NPM : P05120219006
 - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
3. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
KEPALA SUBBAGIAN PEMBINAAN FUNGSI

RENI YUNITA, SKM
PENATA TK I NIP.198101312003122006



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH BENGKULU
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU

Bengkulu, 4 Juli 2022

Nomor : B/ 78 /VII/KES.22/2022/DIKLIT
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : pemberitahuan selesai penelitian

Kepada,

Yth. Wakil Direktur Bidang Akademik
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

di -

Tempat.

1. Rujukan surat dari Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Nomor: B/45/VI/KES.22/2022/RUMKIT tanggal 8 Juni 2022 tentang pemberian izin penelitian.
2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, dengan ini diberitahukan kepada Bapak/Ibu bahwa yang bersangkutan a.n :
 - a. Nama : Azzar Ratur Rahma M.H
 - b. NPM : P05120219006
 - c. Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022.
3. Berkaitan dengan butir satu dan dua di atas, telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu terhitung mulai tanggal 8 Juni 2022 sampai dengan 4 Juli 2022.
4. Demikian untuk menjadi maklum.

a.n KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA BENGKULU
KEPALA SUBBAGIAN PEMBINAAN FUNGSI

RENI YUNITA, SKM
PENATA TK I NIP.198101312003122006

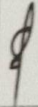
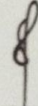
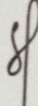
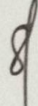
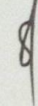
LEMBAR KONSUL PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH (KTI)








Nama : Azzar Ratur Rahma M.H

Nim & prodi : P05120219006 & DIII Keperawatan

Pembimbing : Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd

Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Bhayangkara Tahun 2022

NO	HARI/ TANGGAL	POKOK BAHASAN	SARAN	PARAF
1.	Jumat, 28 Januari 2022	Judul penelitian	Perbaiki judul	
2.	Jumat, 28 Januari 2022	Judul penelitian	ACC Judul penelitian	
3.	Senin, 01 Februari 2022	BAB I	1. Tambahkan data dari Riskesdas 2018 2. Tambahkan alasan mengapa mengambil di RS Bhayangkara 3. Lengkapi penatalaksanaan non farmakologis 4. Perbaiki tanda baca penulisan	
4.	Jumat, 05 Februari 2022	BAB II	1. Perbaiki woc 2. Tambahkan sumber 3. Tambahkan materi terapi non farmakologis	
5.	Rabu, 09 Februari 2022	BAB II BAB III	1. Lengkapi format pengkajian 2. Perbaiki kriteria inklusi dan eksklusi 3. Perbaiki defenisi oprasieonal	

6.	Jumat, 24 Mei 2022	BAB I BABII BAB III	1. Perbaiki BAB I, BAB II, BAB III	
7.	Selasa, 01 Juni 2022	BAB I BAB II BABIII	ACC Pengambilan kasus	
8.	Rabu, 22 Juni 2022	BAB IV	1. Sesuaikan pengkajian berdasarkan fokus pengkajian yang diambil	
9.	Jumat, 24 Juni 2022	BAB IV	1. Perbaiki implementasi yang dilakukan	
10.	Senin, 27 Juni 2022	BAB IV	1. Perbaiki Ds, Do sesuaikan dengan kriteria hasil SLKI	
11.	Kamis, 30 Juni 2022	BAB V	1. Perbaiki kesimpulan dan saran 2. Tambahkan daftar pustaka	
12.	Senin, 04 Juli 2022	BAB V	1. Perbaiki penulisan dan tanda baca bab II-V	
13.	Jumat, 08 Juli 2022	BAB I-V	ACC Ujian Seminar Hasil	