

## BAB II

### TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

#### A. Konsep Dasar Penyakit

##### 1. Hipertensi

###### a. Pengertian

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 140mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90mmHg (Brunner & Suddart, 2013). Hipertensi didefinisikan sebagai keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80mmHg (Muttaqin, 2009). Sedangkan menurut Anderson (2006) Hipertensi didefenisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastoliknya sedikitnya 90 mmHg. Dari teori-teori tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan pada sistolik lebih dari 120mmHg dan diatolik lebih dari 90mmHg.

###### b. Etiologi

Menurut Brunner & Suddart (2013) hipertensi dibedakan menjadi dua, yaitu :

###### 1) Hipertensi Esensial (Primer)

Pada populasi dewasa dengan hipertensi, antara 90% dan 95% mengalami hipertensi esensial (primer), yang tidak memiliki

penyebab medis yang dapat diidentifikasi, kondisi ini bersifat poligenik multifaktor, yaitu: faktor genetik, lingkungan,

hiperaktifitas, susunan saraf simpatis, dan faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko seperti obesitas, alkohol dan merokok.

## 2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder dicirikan dengan peningkatan tekanan darah disertai dengan penyebab spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim renal, hiperaldosteronisme, medikasi tertentu dan koarktasi aorta. faktor yang mempengaruhi yaitu : faktor keturunan, ciri perseorangan dan gaya hidup.

### c. Patofisiologi

Peningkatan tekanan darah secara terus menerus pada pasien hipertensi esensial akan mengakibatkan kerusakan pembuluh darah pada organ-organ vital. Hipertensi esensial juga dapat mengakibatkan penebalan arteriola. karena pembuluh darah menebal, maka perfusi jaringan menurun yang menyebabkan *infark miokard*, stroke, gagal jantung dan gagal ginjal (Ardianyah, 2012). Kerusakan vaskuler akibat dari hipertensi dapat menyebabkan nyeri kepala. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O<sub>2</sub>. (oksigen) dan peningkatan CO<sub>2</sub> (karbondioksida) kemudian terjadi

metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Price dan Wilson, 2006).

e. Manifestasi klinis

Sebagian manifestasi klinis dapat timbul setelah penderita mengalami hipertensi selama bertahun-tahun, manifestasi yang mungkin terjadi :

- 1) nyeri kepala saat bangun tidur, kadang disertai dengan mual dan muntah yang disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan darah interaknium.
- 2) Penglihatan menjadi kabur karena terjadi kerusakan pada retina mata sebagai dampak dari hipertensi,
- 3) Nokturia atau seringnya berkemih pada malam hari yang disebabkan karena adanya peningkatan aliran darah pada ginjal dan filtrasi glomelurus, dan
- 4) Edema dependen dan pembengkakan yang terjadi karena peningkatan tekanan kapiler. (Ardiansyah, 2012)

Sedangkan menurut Brunner & Suddart (2013) manifestasi klinis yang dapat terjadi adalah, sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan fisik dapat mengungkapkan bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
- 2) Perubahan pada retina disertai dengan hemoragi, eksudat, penyempitan arteriol dan binik katun-wol (cotton-wol apots) (infarkasio kecil), dan papiledema dapat terlihat pada kasus hipertensi berat.

- 3) Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang berhubungan dengan sistem organ yang dialiri oleh pembuluh darah yang terganggu.
- 4) Penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium adalah dampak yang paling sering terjadi.
- 5) Hipertrofi ventrikel kiri dapat terjadi, berikutnya akan terjadi gagal jantung.
- 6) Perubahan patogenesis dapat terjadi di ginjal ( nokturia dan peningkatan BUN dan kadar kreatinin).
- 7) Dapat terjadi gangguan serebrovaskuler (stroke atau serangan iskemik transien).

Menurut Cahyono (2008) gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, perdarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing di malam hari. Gejala akibat komplikasi pada penderita hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal dan gangguan serebral (otak) sehingga mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan kelumpuhan dan gangguan kesadaran hingga koma.

Berdasarkan teori-teori diatas dapat disimpulkan bahwa gejala yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi adalah nyeri kepala, gangguan penglihatan, tekuk terasa berat, nokturia dan sulit tidur.

## f. Klarifikasi

Berdasarkan *The Joint National Commite on Detection Evolution and Treathment of High Blood Pressure*, badan penelitian di Amerika Serikat. Diklasifikasikan sebagai berikut:

**Tabel 2.1** Kriteria hipertensi menurut JPC-V AS

Kriteria	Sistolik	Diastolik
Normal	<130 mmHg	< 85 mmHg
Perbatasan (high Normal)	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi		
Derajat 1: Ringan	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Derajat 2: Sedang	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Derajat 3: berat	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Derajat 4: sangat berat	≥210 mmHg	≥120 mmHg

Sumber: JPC-V (*Join Nation Comitten Detection Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure*)

Menurut Brunner & Suddart (2013) hipertensi dibedakan menjadi dua, yaitu :

1) Hipertensi Esensial (Primer)

Pada populasi dewasa dengan hipertensi, antara 90% dan 95% mengalami hipertensi esensial (primer), yang tidak memiliki penyebab medis yang dapat diidentifikasi, kondisi ini bersifat poligenik multifaktor.

## 2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder dicirikan dengan peningkatan tekanan darah disertai dengan penyebab spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim renal, hiperaldosteronisme, medikasi tertentu dan koarktasi aorta.

### g. Komplikasi

Menurut Ardiansyah (2012) berikut beberapa komplikasi dari hipertensi yang mungkin muncul :

#### 1) Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan karena tingginya tekanan darah di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh nonotak.

Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke otak menjadi berkurang.

#### 2) Infark miokardium

Infark miokardium dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami aterosklerotik tidak dapat menyuplai oksigen ke miokardium secara cukup atau apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena adanya hipertensi kronik dan terjadinya hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark.

### 3) Gagal ginjal

Dapat menyebabkan gagal ginjal karena adanya kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus. Tekanan tinggi pada kapiler tersebut dapat menyebabkan rusaknya glomerulus, dan darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, neuron akan terganggu, dan dapat berlanjut hingga hipoksik dan kematian.

### 4) Ensefalopati

Ensefalopati atau kerusakan otak dapat terjadi karena trauma pada hipertensi maligna. Ensefalopati disebabkan karena tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Dampaknya neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian.

## 3. Konsep Nyeri

### a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dirasakan (Alimul, Aziz. 2006).

b. Klasifikasi nyeri

Menurut Aziz Alimul (2006) secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6bulan dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

Nyeri kronis dapat dibagi menjadi tiga kategori :

- 1) Nyeri akut berulang, dicirikan dengan episode nyeri yang mudah ditemukan dan diselingi dengan episode bebas nyeri.
- 2) Nyeri maligna kronis, disebabkan oleh berkembangnya penyakit yang mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi.
- 3) Nyeri nonmaligna kronis, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan.

c. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Alimul, Aziz. 2006).

Respon nyeri yang dapat timbul dalam tubuh di transmisikan oleh medulla spinalis yang diteruskan menuju batang otak dan tames, lalu menstimulasi syaraf otonom, sehingga menimbulkan respon yang serupa dengan respon tubuh terhadap stress (Tamsuri, 2011).

d. Mekanisme nyeri pada pasien hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan nyeri pada kepala hingga tengkuk. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu atau akan menyebabkan gangguan sirkulasi pada otak. Gangguan sirkulasi pada otak menyebabkan resistensi pembuluh darah meningkat yang akan menyebabkan nyeri kepala (Nanda Aplikasi, 2015)

e. Pengkajian Nyeri

Tidak ada cara yang tepat untuk menjelaskan seberapa berat nyeri seseorang. Individu yang mengalami nyeri adalah sumber informasi terbaik untuk menggambarkan nyeri yang dialami (Mohamad, sudarti, & fauziah, 2012). Beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain :

1) Riwayat Nyeri

Pengkajian PQRST

a) P : Provokasi (penyebab terjadinya nyeri)

Kaji faktor yang menyebabkan terjadinya nyeri pada pasien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

b) Q : Quality

Kualitas nyeri yaitu data subyektif yang diungkapkan oleh pasien dengan mendeskripsikan nyeri seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial atau bahkan ditekan.

c) R : Region

Kaji lokasi terjadi nyeri, minta pasien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta pasien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

d) S : Severe

Untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri, hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri.

e) T : Time

Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah durasi atau panjangnya nyeri tersebut dirasakan oleh pasien, Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh

f. Pengukuran Skala Nyeri

1) Wong dan Baker “ Skala nyeri wajah “

Untuk skala wajah biasanya digunakan untuk anak- anak yang berusia dibawah 7 tahun. Skala tersebut terdiri dari 6 wajah kartun mulai dari wajah tersenyum (tidak sakit) sampai meningkatnya wajah yang tidak bahagia, kepada kesedihan yang amat sangat, wajah menangis (nyeri sangat hebat).

Gambar 2.1 skala nyeri wajah



Sumber : Wong dan Baker (1998)

2) Menggunakan *Numeric Rating Scale*

Penilaian skala ini dapat digunakan sebagai alat untuk pendeskripsian kami. Pada skala ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan angka 0-10. Skala yang paling efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah tindakan terapeutik.

Gambar 2.2 skala numeric

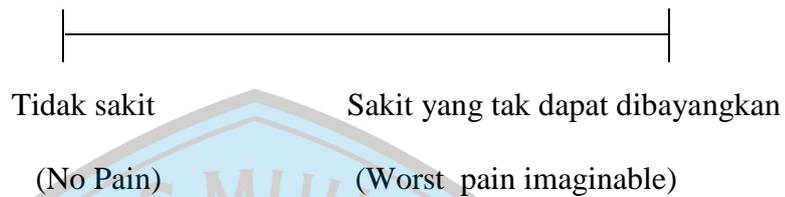


Sumber : Mc Kinney et al, 2000

### 3) *Visual Analog Scale* (VAS)

Digunakan garis 10 cm antara daerah yang tidak sakit sebelah kiri dan daerah batas yang paling sakit.

Gambar 2.3 Skala VAS



#### g. Manajemen Nyeri

##### 1) Pendekatan farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan (Berman, et al. 2009). Menurut Smeltzer & Bare (2002) ada tiga jenis analgesik, diantaranya non-narkotik, analgesik narkotik dan

## 2) Pendekatan non-farmakologi

Pendekatan non-farmakologi atau intervensi keperawatan mandiri merupakan tindakan yang dilakukan perawat secara mandiri untuk meredakan nyeri tanpa bergantung pada petugas medis lain, dimana dalam pelaksanaannya perawat mempertimbangkan keputusan dalam melakukan tindakan (Bangun&Nur'aeni, 2013). Macam-macam pendekatan non-farmakologis menurut Smeltzer & Bare (2002) :

### a) Masase dan Stimulasi Kutenus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Sering dipusatkan pada punggung, bahu. Masase dilakukan untuk membuat pasien lebih nyaman (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut Potter & Perry (2005) kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Kutenus ini mendistraksi pasien dan memfokuskan pada stimulasi taktil, jauh dari sensasi yang menyakitkan sehingga dapat mengurangi persepsi rasa nyeri (Kozier & Erb, 2009)

### b) *Efflurage massage*

*Effleurage* merupakan teknik masase yang aman, mudah untuk dilakukan, tidak memerlukan banyak alat, tidak memerlukan biaya, tidak memiliki efek samping dan dapat dilakukan sendiri atau dengan bantuan orang lain (Ekowati, 2012).

c) Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer & Bare, 2002).

d) Terapi Musik

Terapi musik adalah usaha meningkatkan kualitas fisik dan mental dengan rangsangan suara yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, bentuk dan gaya yang diorganisir sedemikian rupa hingga tercipta musik yang bermanfaat untuk kesehatan fisik dan mental (Eka, 2011)

e) Hidroterapi Rendam Kaki Air Hangat

Penggunaan terapi rendam kaki air hangat menjadi salah satu terapi untuk menurunkan tekanan darah. Secara ilmiah rendam kaki menggunakan air hangat memiliki dampak fisiologis bagi tubuh seperti mengurangi beban pada sendi-sendi penopang berat badan. efek tersebut memiliki berbagai dampak salah satunya ialah memperlancar sirkulasi darah (Kushariyadi, 2011).

f) Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah suatu prosedur dan teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan, dengan cara melatih pasien agar mampu dengan sengaja untuk membuat relaksasi otot-otot tubuh setiap saat, sesuai dengan keinginan. Menurut pandangan ilmiah, relaksasi merupakan suatu teknik untuk mengurangi stres dan ketegangan dengan cara meregangkan seluruh tubuh agar mencapai kondisi mental yang sehat (Varvogli dan Darvivi, 2011)

g) Guided Imagery

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas penggabungan nafas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Smeltzer & Bare, 2002)

h) Aromaterapi

Aromaterapi merupakan penggunaan ekstrak minyak esensial tumbuhan yang digunakan untuk memperbaiki mood dan kesehatan (Primadiati, 2002)

i) Kompres Dingin dan Kompres Hangat

Metode sederhana yang dapat di gunakan untuk mengurangi nyeri yang secara alamiah yaitu dengan memberikan kompres

dingin pada area nyeri, ini merupakan alternatif pilihan yang alamiah dan sederhana yang dengan cepat mengurangi rasa nyeri selain dengan memakai obat-obatan. Terapi dingin juga dapat menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit (Price & Wilson, 2005).

Kompres hangat adalah suatu tindakan keperawatan dengan memberikan rangsangan hangat yang digunakan untuk memenuhi rasa nyaman, tindakan ini digunakan untuk menagani pasien yang mengalami rasa nyeri (Hidayat & Uliyah, 2012).

Kompres hangat dapat digunakan pada pengobatan nyeri dan merelaksasikan otot-otot yang tegang (Price & Wilson, 2005).

Berdasarkan teori dapat disimpulkan bahwa kompres hangat adalah suatu tindakan keperawatan yang digunakan untuk mengurangi rasa nyeri karena dapat merelaksasikan otot-otot yang tegang.

### **C. Konsep dasar asuhan keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

Menurut Wijayaningsih (2013, hal. 113) asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi dilaksanakan melalui pendekatan proses keperawatan dilakukan dengan cara berikut:

a. Aktivitas atau Istirahat

kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipne, perubahan irama jantung.

b. Sirkulasi.

Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit serebrovaskular, kenaikan tekanan darah, takikardia, distritmia, kulit pucat, cianosis, diaforesis.

c. Integritas ego

Perubahan kepribadian, ansietas, depresi, atau marak kronik, gelisah, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, otot muka tegang, pernafasan maligna, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gangguan ginjal saat ini atau masa lalu seperti infeksi, obstruksi atau riwayat penyakit ginjal.

e. Makanan/cairan

Makanan yang disukai tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, mual dan muntah, perubahan berat badan obesitas, adanya edema.

f. Neurosensori

Pusing, sakit kepala, gangguan penglihatan, perubahan keterjagaan, orientasi pola atau isi bicara efek proses pikir, atau memori (ingatan), Respon motorik (penurunan kekuatan genggam tangan), perubahan retina optic.

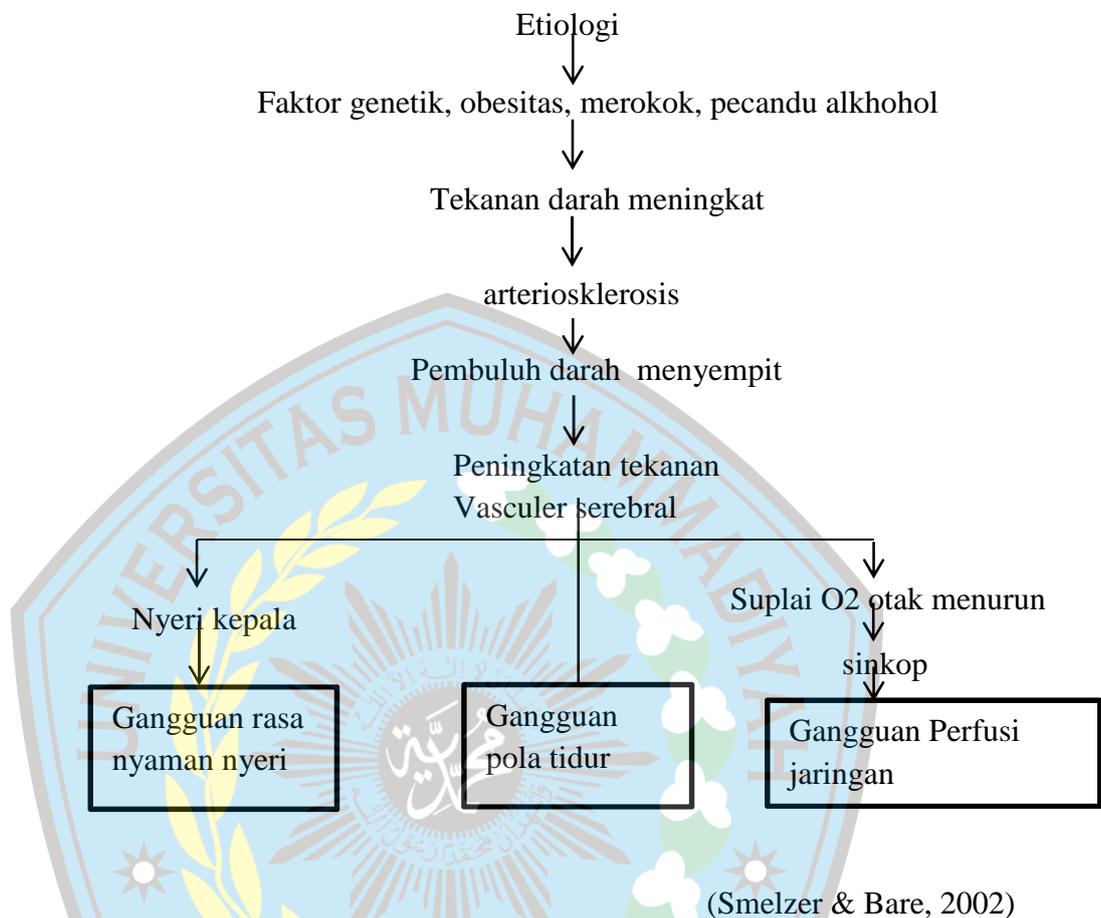
g. Nyeri atau kenyamanan

Angina, nyeri hilang atau timbul pada tungkai klaudikasi, sakit kepala, nyeri abdomen.

h. Pernapasan

Dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksisimal, riwayat merokok batuk dengan atau tanpa sputum, distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

## 2. Pathway



## 3. Diagnosa keperawatan

- Gangguan rasa nyaman nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan dengan pusing sekunder dengan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK).
- Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen jaringan perifer.

(Nanda, 2015)

#### 4. Intervensi

Intervensi yang dilakukan menurut NANDA NIC NOC (2013) :

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.

Tujuan : sakit kepala hilang

Kriteria hasil : melaporkan nyeri, mengungkapkan metode yang di berikan dapat mengurangi nyeri

Intervensi :

- 1) Kaji karakteristik nyeri dan tingkat nyeri yang dirasakan
  - 2) Pertahankan tirah baring selama fase akut
  - 3) Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab terjadinya nyeri, berapa lama akan berlangsung, dan tindakan yang dapat dilakukan.
  - 4) Ajarkan tindakan nonfarmakologi
  - 5) Berikan tindakan nonfarmakologi: kompres hangat
- b. Gangguan istirahat dan tidur berhubungan dengan pusing sekunder dengan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK).

Tujuan : penderita bisa istirahat dan tidur dengan tenang

Kriteria hasil :

- 1) Pasiem bisa tidur  $\pm 8$  jam perhari.
- 2) Pola tidur, kualitas dalam batas normal.
- 3) Mata tidak tampak merah.
- 4) Perasaan segar setelah tidur atau istirahat

Intervensi :

- 1) Kaji kebiasaan tidur / istirahat
  - 2) Kaji kebiasaan penggunaan obat sedative
  - 3) Ciptakan suasana tenang
  - 4) Anjurkan tehnik relaksasi
  - 5) Beri posisi tidur yang nyaman
- c. Gangguan perfuasi jaringan sehubungan dengan menurunnya suplai oksigen jaringan perifer.

Tujuan : suplai O<sub>2</sub> ke jaringan terpenuhi

Kriteria hasil :

- 1) Kulit tampak kemerahan tidak cyanosis
- 2) Tekanan darah dalam rentang normal.
- 3) Suhu tubuh dalam batas normal 36°C s.d 37°C
- 4) Nadi dalam batas normal ( 60-80 x/mnt )
- 5) Tidak mengalami nyeri kepala

Intervensi :

- 1) Monitor tekanan darah, untuk evaluasi awal gunakan manset yang tepat dan tehnik yang akurat.
- 2) Amati warna kulit, kelembaban, suhu, dan masa pengisian kapiler.
- 3) Catat adanya oedem umum / tertentu
- 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman
- 5) Batasi aktivitas

- 6) Lakukan tindakan yang nyaman seperti meninggikan kepala di tempat tidur.
- 7) Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah.
- 8) Kolaborasi : berikan obat sesuai indikasi.

## 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat harusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Hidayat, 2008).

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
  - 1) Pasien mampu melaporkan nyeri berkurang,
  - 2) Pasien mampu mengungkapkan metode yang di berikan dapat mengurangi nyeri
  - 3) Pasien mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- b. Gangguan istirahat dan tidur berhubungan dengan pusing sekunder dengan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK).
  - 1) Pasiem dapat tidur 6-8jam perhari.
  - 2) Pola tidur, kualitas dalam batas normal.

- c. Gangguan perfuasi jaringan sehubungan dengan menurunnya suplai oksigen jaringan perifer.
- 1) Kulit tampak kemerahan tidak cyanosis
  - 2) Tekanan darah dalam rentang normal.
  - 3) Nadi dalam batas normal ( 60-80 x/mnt )
  - 4) Tidak mengalami nyeri kepala

#### **D. Konsep dasar penerapan evidence based nursing practice**

a. Pengertian kompres hangat

Kompres hangat adalah suatu metode yang digunakan untuk memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Tindakan ini dapat digunakan untuk memperlancar sirkulasi darah, menghilangkan rasa sakit, merangsang peristaltik usus dan memberikan rasa nyaman untuk pasien. Pemberian kompres dapat dilakukan pada radang persendian, kekejangan atau kekauan otot, perut kembung dan kedinginan (Hidayat, 2015)

Kompres hangat merupakan salah satu penatalaksanaan nyeri dengan memberikan energi panas melalui konduksi, dimana panas tersebut dapat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), meningkatkan relaksasi otot sehingga dapat meningkatkan sirkulasi darah dan menambah masukan, oksigen, serta nutrisi ke jaringan (Potter & Perry, 2010).

b. Tujuan Pemberian

Tujuan dari pemberian kompres hangat adalah untuk melunakan jaringan fibrosa membuat otot tubuh menjadi lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan memperlancar sirkulasi darah (Hidayat, 2015).

c. Pengaruh kompres hangat

Penggunaan kompres hangat/panas untuk area yang tegang dan nyeri dianggap dapat meredakan nyeri. Panas dapat mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia neuron yang memblok transmisi lanjut rangsang nyeri yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) dan peningkatan aliran darah di daerah yang dilakukan (Potter & Perry, 2010).

Kompres hangat juga dapat meningkatkan curah jantung, peningkatan tersebut dikarenakan sebagai hasil vasodilatasi perifer yang berlebih, yang mengalihkan sejumlah besar suplai darah dari organ dalam dan menghasilkan penurunan tekanan darah (Koizer & Erb, 2009), jika tekanan darah menurun secara berangsur perfusi oksigen di otak akan adekuat atau bertambah, sehingga nyeri kepala akan menurun.

Pemberian kompres hangat dapat diberikan pada pasien hipertensi dengan cara kompres hangat pada leher pasien hipertensi. “pemberian kompres hangat pada leher terhadap Penurunan intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang” menyatakan bahwa pemberian kompres hangat terbukti efektif menurunkan intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi

d. SOP kompres hangat

1) Indikasi/Kontraindikasi

1) Indikasi

Pasien dengan suhu tinggi, pasien dengan suhu rendah dan pasien yang kesakitan hebat (misal : infiltrat appendikuler, sakit kepala yang hebat)

2) Kontraindikasi

(a) Pada 24jam pertama setelah cedera traumatik. Panas akan meningkatkan perdarahan dan pembengkakan.

(b) Perdarahan aktif. Panas akan menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perdarahan.

(c) Edema nonflamasi. Panas meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema.

(d) Tumor ganas terlokalisasi. Karena panas mempercepat metabolisme sel, pertumbuhan sel, dan dapat meningkatkan sirkulasi, panas dapat mempercepat metastase.

2) Persiapan alat dan bahan

1. Baskom berisi air hangat dengan suhu 40-50<sup>0</sup>C
2. Termometer air
3. Handuk kecil atau kain
4. Pengalas
5. Handscoon

## 3) Cara kerja

- a) Dekatkan alat-alat kedekat pasien
- b) Perhatikan privacy pasien
- c) Cuci tangan
- d) Atur posisi pasien yang nyaman
- e) Pasang pengalas kedaerah yang akan dikompres
- f) Ambil handuk kecil, lalu masukan kedalam kom yang berisi air hangat.
- g) Kemudian peras handuk tersebut hingga tidak ada air yang menetes, lalu bentangkan dan letakkan pada area leher bagian belakang.
- h) Bila pasien menoleransi kompres hangat tersebut, lalu ditutupi/dilapisi dengan handuk kering.
- i) Lakukan tindakan ini selama 30menit.
- j) Lepaskan sarung tangan.
- k) Atur kembali posisi pasien dengan posisi yang nyaman.
- l) Bereskan alat-alat.
- m) Cuci tangan.

## 4) Evaluasi

- a) Kaji nyeri yang dirasakan pasien
- b) Rencana tindak lanjut
- c) Kontrak waktu

(Kusyati Eni,dkk, 2006) (Amin Samiasih,dkk, 2014)

