

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Definisi

Tekanan darah merupakan gaya yang diberikan darah terhadap dinding pembuluh darah dan ditimbulkan oleh desakkan darah terhadap dinding arteri ketika darah tersebut dipompa dari jantung ke jaringan. Tekanan darah paling tinggi terjadi ketika ventrikel berkontraksi (tekanan sistolik) dan paling rendah ketika ventrikel beraksasi (tekanan diastolik). Pada keadaan hipertensi, tekanan darah meningkat yang ditimbulkan karena darah dipompa melalui pembuluh darah dengan kekuatan berlebihan (Hasnawati, 2021),

Penyakit hipertensi adalah suatu keadaan dimana peningkatan abnormal tekanan darah sistolik diastolik, secara umum seseorang dikatakan menderita hipertensi tekanan darah $> 140/90$ mmHg normalnya $120/80$ mmHg (Kemenkes RI, 2013).

Penyakit kardiovaskuler merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan pada lansia. Salah satu penyakit kardiovaskuler yang sering terjadi adalah hipertensi. Gejala hipertensi menyerupai keluhan kesehatan pada umumnya seperti nyeri kepala/rasa berat pada tengkuk, mudah lelah, penglihatan kabur, dan telinga berdenging (Ibrahim, 2015). Gejala hipertensi yang tidak spesifik membuat penderita hipertensi tidak menyadari dirinya menderita hipertensi.

2. Etiologi

Hipertensi merupakan suatu penyakit dengan kondisi medis yang beragam pada pasien etiologi patofisiologi-nya tidak diketahui (*essential* atau hipertensi primer). Hipertensi primer tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol. Kelompok lain dari populasi dengan persentase rendah mempunyai penyebab yang khusus, dikenal sebagai hipertensi sekunder. Banyak penyebab hipertensi sekunder; endogen maupun eksogen. Bila penyebab hipertensi sekunder dapat diidentifikasi (Rusabala et al., 2020).

a. Hipertensi primer (*essential*)

Lebih dari 90% pasien dengan hipertensi *essential* (hipertensi primer). Literatur lain mengatakan 95% dari seluruh kasus hipertensi. Menurut data ditemukan gambaran bentuk diregulasi tekanan darah yang monogenik dan poligenik mempunyai kecenderungan timbulnya hipertensi *essential*. Banyak karakteristik genetic yang mempengaruhi keseimbangan natrium di dokumentasikan adanya mutasi-mutasi genetik yang merubah ekskresi kallikreinurine, pelepasan *nitric oxide*, ekskresi aldosteron, steroid adrenal, angiotensinogen (Muttaqin, 2012).

b. Hipertensi sekunder

Kurang dari 10% penderita hipertensi merupakan sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak (Priyanto et al., 2010).

3. Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa (umur ≥ 18 tahun) berdasarkan rata-rata pengukuran dua tekanan darah. Klasifikasi tekanan darah mencakup 4 kategori, dengan nilai normal pada tekanan darah sistolik (TDS) < 120 mm Hg dan tekanan darah diastolik (TDD) < 80 mmHg. Prehipertensi tidak dianggap sebagai kategori penyakit hipertensi tetapi mengidentifikasi pasien yang tekanan darahnya cenderung meningkat ke klasifikasi hipertensi dimasa yang akan datang (Fernalia, 2017).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut American Heart Association/AHA

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Prehipertensi	120 - 139	Atau	80 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	Atau	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	Atau	≥ 100

(Sumber: Hypertension Clinical Practice Guidelines, 2017).

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Menurut European Society of Hypertension/ESH

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120 - 129	Atau	80 – 84
Normal Tinggi	130 – 139	Atau	85 – 89
Hipertensi Derajat 1/Ringan	140 - 159	Atau	90 – 99
Hipertensi Derajat 2/Sedang	160 - 179	Atau	100 - 109
Hipertensi Derajat 3/Berat	≥ 180	Atau	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	Dan	< 90

(Sumber: Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019, Dikutip dari ESC/ESH Hypertension Guidelines 2018).

4. Tanda dan Gejala

Keluhan – keluhan yang dirasakan penderita hipertensi antara lain:

a. Sakit kepala

Sakit kepala yang satu ini termasuk jenis primer yang paling umum dan paling sering terjadi. Biasanya dimulai perlahan hingga rasa sakit memuncak di siang hari, orang yang mengalami tension headache umumnya akan merasa kepalanya seperti ditekan disekitar kepala & menjalar menuju ke leher (Tania, 2020).

b. Gelisah

Kegelisahan merupakan salah satu bentuk ekspresi dari sebuah kecemasan. Karena itu dalam kehidupan, kegelisahan juga dapat di samakan dengan kecemasan, kekawatiran ataupun ketakutan hingga masalah frustrasi (Ananda, 2015).

c. Jantung berdebar debar

Jantung berdebar atau palpitasi adalah kondisi dimana seseorang merasakan kerja jantung yang kuat, cepat, lambat atau tidak teratur. Jantung pada umumnya berdetak 60-100 x/mnt (Saputri, 2019).

d. Pusing

Pusing istilah yang sering digunakan untuk menjelaskan perasaan melayang, mengambang atau tidak seimbang (Atmojo, 2019).

e. Pengelihatan kabur

Mata kabur adalah hilangnya ketajaman penglihatan dan ketidakmampuan untuk melihat suatu benda secara mendetail. Mata kabur

merupakan keluhan visual yang paling sering terjadi di masyarakat (Raka, 2019).

f. Rasa sakit didada

Nyeri dada dapat disebabkan oleh berbagai macam penyebab. Salah satu penyebab yang paling berbahaya dan perlu penanganan serius adalah penyakit yang berhubungan dengan jantung atau paru-paru misalnya hipertensi sakit di dada dapat berupa sensasi panas, tertusuk-tusuk atau tertekan (Darma, 2015).

g. Mudah lelah

Fatigue adalah kondisi di mana ketika kita selalu merasa lelah, lesu, atau kurang tenaga. Kondisi ini tidak sama dengan sekedar merasa ngantuk (Mikhael, 2020).

h. Merokok

Merokok menyebabkan dalam tekanan darah, serta dapat meningkatkan kadar tekanan darah sistolik dan nikotin dalam tembakau memacu sistem saraf untuk melepaskan zat kimia yang dapat menyempitkan pembuluh darah dan berkontribusi terhadap tekanan darah tinggi (Iskandar, 2016).

i. Obesitas

Obesitas memerlukan tekanan darah lebih tinggi daripada kondisi normal untuk mempertahankan keseimbangan antara asupan dan ekskresi natrium di ginjal bekerja lebih keras dan menyebabkan kenaikan tekanan darah membutuhkan penanganan yang lebih kompleks karena terjadi cedera organ (Humaniora, 2018).

j. Imobilitas

Imobilisasi adalah suatu usaha mengkoordinasi system muskuluskeletal dan system syaraf dalam mempertahankan keseimbangan, postur dan kesejajaran tubuh selama mengangkat, membungkuk, bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari yang dilakukan (Potter et al., 2010).

k. Dislipidemia

Dislipidemia meningkatkan penyumbatan arteri (aterosklerosis) dan serangan jantung. Pada orang dewasa, berhubungan dengan obesitas, diet, dan kurang olahraga (Mutaqqin, 2012).

l. Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit dapat disebabkan oleh kurangnya produksi insulin oleh pancreas dan kurangnya respon tubuh terhadap insulin adanya pengaruh hormon lain yang menghambat cara kinerja insulin untuk tubuh (Noerhadi, 2018).

m. Mikroalbumiurea

Mikroalbuminuria adalah suatu keadaan dimana terdapat albumin dalam urine sebesar 30 – 300 mg/ 24jam. Ini menjadi tanda awal adanya gangguan ginjal (Safarudin, 2017).

n. Riwayat keluarga

Riwayat medis keluarga adalah catatan kesehatan mencakup tiga generasi keluarga, termasuk anak-anak, saudara, orang tua, bibi-paman, kakek-nenek yang memiliki penyakit hipertensi (Putri, 2016).

5. Patofisiologi Hipertensi

Berdasarkan bagan pathway dibawah kondisi stress dapat menstimulasi HPA untuk mensekresi renin kemudian renin yang dilepaskan oleh ginjal akan merangsang terbentuknya angiotensin. Angiotensin dan renin memiliki peran penting dalam regulasi tekanan darah (Udjianti, 2010).

Ginjal memproduksi renin yaitu enzim untuk memisahkan angiotensin I, yang diubah oleh converting enzyme di paru kemudian menjadi angiotensin II dan selanjutnya menjadi angiotensin III. Angiotensin II dan III memiliki kemampuan Vasokonstriktor yang kuat pada pembuluh darah dan mengontrol pelepasan aldosteron (Udjianti, 2010).

Aldosterone memiliki hubungan yang erat dengan kondisi hipertensi. Dengan meningkatnya aktivitas saraf simpatis, angiotensin I dan III juga memiliki efek inhibiting pada ekskresi natrium yang dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah (Udjianti, 2010).

Bila terdapat gangguan menetap yang menyebabkan konstriksi arterio, tahanan perifer total meningkat dan tekanan arteri meningkat. Dalam menghadapi curah jantung untuk mempertahankan keseimbangan sistem. Hal tersebut diperlukan untuk mengatasi tahanan, sehingga pemberian oksigen dan nutrient serta pembuangan produk sampah tetap terjaga (Muttaqin, 2010).

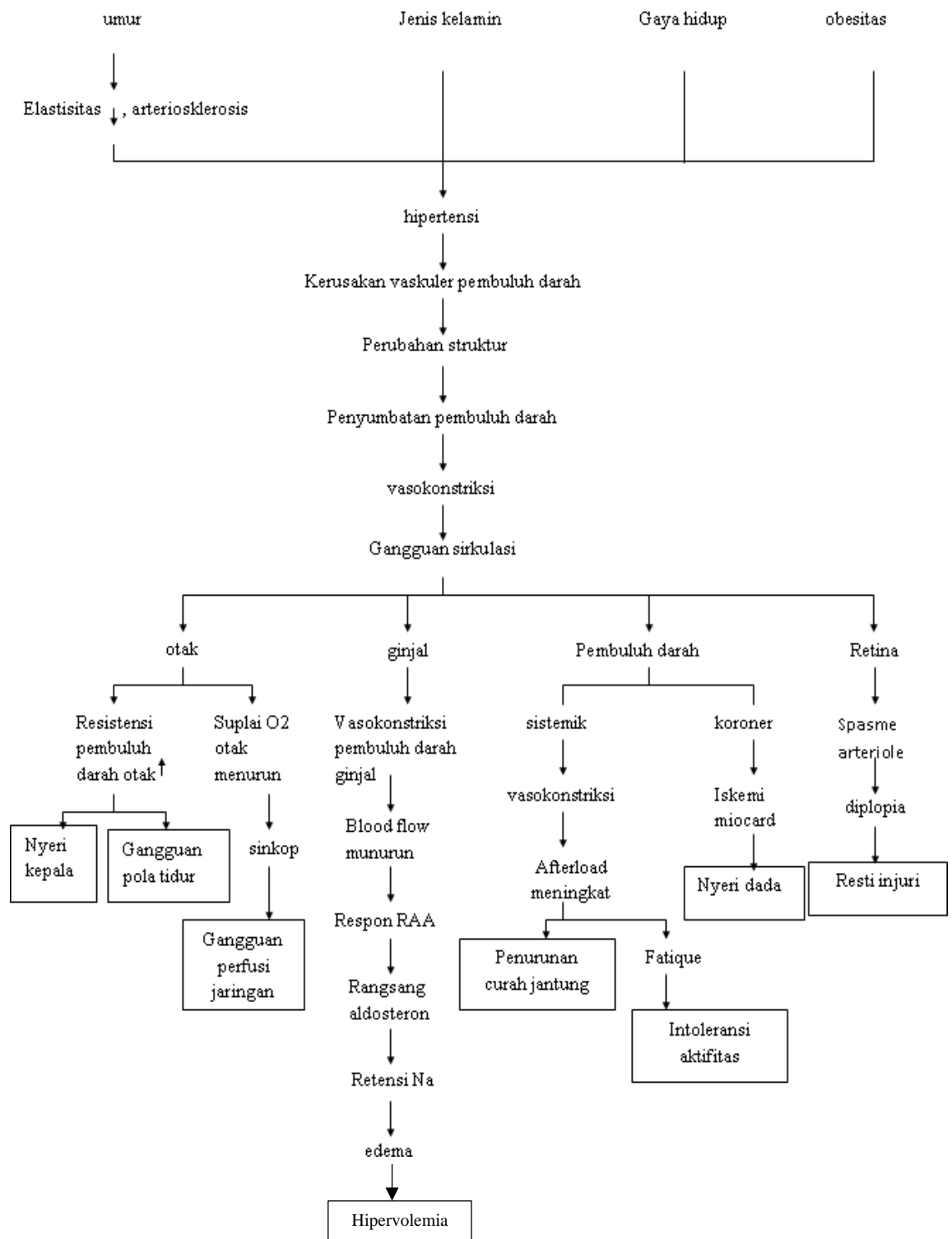
Sistem syaraf simpatis meningkatkan curah jantung dengan merangsang jantung untuk berdenyut lebih cepat, juga meningkatkan volume sekuncup dengan cara membuat vasokonstriksi selektif pada organ perifer, sehingga darah yang kembali ke jantung lebih banyak dan efeknya akan

terjadinya tekanan darah normal dan menyebabkan hipertensi (Muttaqin, 2010).

Pada sindrom cushing, peningkatan jumlah hormone kortisol akan meningkatkan tekanan darah meningkatkan retensi natrium di ginjal, kadar angiotensin II, dan respon pembuluh darah norepineprin. Pada aldosteronisme primer, peningkatan volume intravascular, perubahan konsentrasi natrium pada dinding vaskular, atau pada kondisi kadar aldosterone sangat tinggi menyebabkan vasokonstriksi dengan meningkatnya resistensi (Karen, 2012).

Pada tumor medulla adrenal menyebabkan peningkatan tekanan darah sebagai akibat dari 45 peningkatan sekresi epineprin dan norepineprin. Epineprin berfungsi untuk meningkatkan kontraktilitas dan kecepatan detak jantung. Norepineprin berfungsi untuk meningkatkan resistensi vaskuler perifer (Karen, 2012).

6. Web Of Causation



Gambar 2.1 WOC (Efendi, 2014)

7. Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah tinggi dalam jangka waktu lama akan merusak endothel arteri dan mempercepat atherosklerosis. Komplikasi dari hipertensi termasuk rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar. Hipertensi adalah faktor resiko utama untuk penyakit serebrovaskular (stroke, *transient ischemic attack*), penyakit arteri koroner (infark miokard, angina), gagal ginjal, dementia, dan atrial fibrilasi. Bila penderita hipertensi memiliki faktor-faktor resiko kardiovaskular lain. Menurut Studi Framingham, pasien dengan hipertensi mempunyai peningkatan resiko yang bermakna untuk penyakit koroner, stroke, penyakit arteri perifer, dan gagal jantung. Komplikasi *neurologic* mencakup stroke dan ensefalopati hipertensif (Nuraini, 2015).

8. Penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis

a. Farmakologi

Terapi Farmakologi: Terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosteron antagonis, beta blocker, calcium channel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Receptor Blocker atau AT1 receptor antagonist / blocker (ARB) diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid). Adapun contoh-contoh obat anti hipertensi antarlain yaitu:

- 1) beta-bloker, (misalnya propranolol, atenolol),
- 2) penghambat angiotensin converting enzymes (misalnya captopril, enalapril),

- 3) antagonis angiotensin II (misalnya candesartan, losartan),
 - 4) calcium channel blocker (misalnya amlodipin, nifedipin)
 - 5) alpha-blocker (misalnya doksasozin)
 - 6) Diuretik Tiazide (misalnya Klorotiazide, Klortalidone, Hidroklorotiazide, Indapamide)
 - 7) Loop Diuretik (misalnya Furosemide)
 - 8) Aldosterone Reseptor Bloker (misalnya Spironolakton)
- (Atmojo et al., 2019).

b. Non farmakaologi

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi. Meningkatkan aktifitas fisik: orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30-50% dari pada yang aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi. Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol: kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat meningkatkan risiko hipertensi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Hipertensi

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang

berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya (Herdman, 2015).

Konsep keperawatan terdiri dari proses antara lain:

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya TTV, wawancara pasien / keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien (Herdman, 2015).

a. Identitas Klien

1). Identitas klien

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

2). Identitas Penanggung Jawab

3). Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

b. Keluhan Utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya: sakit kepala, pusing, penglihatan buram, mual, detak jantung tak teratur, nyeri dada.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain.

f. Aktivitas/Istirahat

- 1). Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- 2). Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

g. Sirkulasi

- 1). Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi.
- 2). Tanda :
 - a). Peningkatan tekanan darah
 - b). Nadi dari karotis, ugularis, radialis, takikardia
 - c). Murmur stenosis vulvular
 - d). Distensi vena jugularis
 - e). Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer)
 - f). Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

h. Integritas ego

- 1). Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
- 2). Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

i. Eliminasi

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

j. Makanan / cairan

1). Gejala :

- a). Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol.
 - b). Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun).
 - c). Riwayat penggunaan diuretic
- 2). Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema dan glikosuria.

k. Neurosensori

1). Gejala :

- a). Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).
- b). Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaxis).

2). Tanda:

- a). Status mental, perubahan keterjagaanm orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses pikir.
- b). Penurunan kekuatan genggam tangan.

l. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), sakit kepala.

m. Pernapasan

1). Gejala :

- a). Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea.
- b). Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum.
- c). Riwayat merokok

2). Tanda:

- a). Distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan
- b). Bunyi napas tambahan (crakles/mengi) dan Sianosis

n. Keamanan :

- 1). Gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan
- 2). Tanda : hipotensi postural

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan / proses kehidupan atau keterangan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok / komunitas (Doenges et al., 2019).

Diagnosa keperawatan:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- e. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa	SLKI	SIKI
	Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload	<p>SLKI : Curah Jantung Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpitasi - Bradikardia - Gambaran EKG aritmia - Lelah - Edema - Distensi vena jugularis - Dispnea - Pucat/sianosis <p>Keterangan: 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun</p>	<p>SIKI : Perawatan Jantung Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi tanda/gejala primer Penurunan curah jantung (meliputi dispenea, kelelahan, adema ortopnea paroxysmal nocturnal dyspenea, peningkatan CPV) 1.2 Identifikasi tanda /gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali ditensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 1.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik) 1.4 Monitor saturasi oksigen 1.5 Monitor fungsi alat pacu jantung

		5) Menurun	<p>1.6 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas</p> <p>1.7 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.8 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>1.9 Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat</p> <p>1.10 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1.11 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>1.12 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>1.13 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.14 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
	Nyeri Akut b/d agen pencedera fisiologis	<p>SLKI : Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri - Meringis - Sikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi - Pola napas <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>SIKI : Manajemen Nyeri Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.3 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>2.4 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2.6 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>2.7 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2.9 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>2.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>

			<p>Kolaborasi 2.11 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah</p>	<p>SLKI : Perfusi Perifer Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik - Tekanan darah diastolic - Tekanan arteri rata-rata - Warna kulit pucat - Pengisian kapiler - Edema perifer <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membaik 	<p>SIKI : Pemantauan Tanda Vital Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tekanan darah 4.2 Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 4.3 Monitor pernafasan 4.4 Idenifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 4.6 Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 4.8 Informasikan hasil pemantauan
	<p>Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>SLKI : Toleransi Aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan lelah - Perasaan lemah - Mudah dalam melakukan aktivitas sehari-hari - Kekuatan otot - Keluhan gelisah - Keluhan lelah <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>SIKI : Manajemen Energi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.3 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 3.5 Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Anjurkan tirah baring 3.7 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
	<p>Risiko jatuh b/d gangguan keseimbangan</p>	<p>SLKI : Tingkat Jatuh Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur - Jatuh saat berdiri 	<p>SIKI : Pencegahan Jatuh Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostik, gangguan

		<ul style="list-style-type: none"> - Jatuh saat duduk - Jatuh saat berjalan - Jatuh saat dipindahkan - Jatuh saat naik tangga - Jatuh saat dikamar mandi <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menurun 2) Cukup menurun 3) Sedang 4) Cukup meningkat 5) meningkat 	<p>keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropath)</p> <p>4.2 identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>4.3 hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>4.4 monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terpeutik</p> <p>4.5 orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>4.6 pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>Edukasi</p> <p>4.7 anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>4.8 anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>
--	--	---	--

Sumber: (PPNI SLKI & SIKI, 2019)

C. Konsep Nyeri Kepala

1. Definisi Nyeri Kepala

Nyeri kepala dikategorikan sebagai nyeri kepala intrakranial yaitu jenis nyeri kepala migren diduga akibat dari fenomena vascular abnormal. Walaupun mekanisme yang sebenarnya belum diketahui, nyeri kepala ditandai sensasi prodromal misal nausea, penglihatan kabur, auravisional, atau tipe sensorik halusinasi. Salah satu teori penyebab nyeri kepala migraine ini akibat dari emosi atau ketegangan yang berlangsung lama yang akan menimbulkan reflek vasospasme beberapa pembuluh arteri kepala termasuk pembuluh arteri yang memasok ke otak dan vasospasme yang terjadi akan menimbulkan iskemik pada sebagian otak sehingga terjadi nyeri kepala (Purwandari, 2018).

2. Jenis-jenis Nyeri Kepala

Menurut (Rochimah, 2019) nyeri secara umum dibagi dua yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tekanan otot.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri akut adalah nyeri terminal, sindrom nyeri akut dan nyeri psikosomatis.

3. Tanda dan Gejala nyeri kepala

Tanda dan gejala nyeri kepala menunjukkan adanya pecahnya pembuluh darah di otak jika dibiarkan tanpa diobati. (Chiang, 2019), menyatakan bahwa tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita hipertensi bertahun-tahun, yaitu seperti sakit kepala saat terjaga (terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan intrakranium), penglihatan kabur akibat kerusakan hipertensif pada retina, cara berjalan mulai terganggu karena mulai adanya kerusakan susunan saraf pusat, nokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Nyeri kepala pada pasien hipertensi memiliki ciri-ciri seperti nyeri kepala yang terasa berat di tengkuk namun tidak berdenyut, sering muncul dipagi hari namun akan hilang seiring matahari terbit (Julianti, 2015).

4. Komplikasi nyeri kepala

Komplikasi yang biasa terjadi dari hipertensi adalah seperti stroke, *infarkmiokard*, gagal ginjal, *ensefalopati* (kerusakan otak), dan kejang pada wanita preklamsi. Hipertensi dengan nyeri kepala merupakan satu hal yang berkaitan. Namun tidak dipungkiri tidak semua sakit kepala merupakan pengidap hipertensi (Marliani dan Tatan 2017), nyeri kepala berasal dari meningkatnya aliran darah pada pembuluh darah di otak. Proses ini menyebabkan penyempitan pembuluh darah dengan adanya peningkatan tekanan darah atau hipertensi (Saputri, 2019).

5. Cara- cara mengurangi nyeri kepala

Berdasarkan buku Ilmu Keperawatan Dasar menurut (wahit iqbal Mubarak, Indrawati, 2015) ada beberapa untuk mengurangi nyeri:

a. Melakukan teknik distraksi

Melakukan teknik distraksi dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri. Distraksi merupakan mengalihkan perhatian klien ke hal lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik distraksi dapat nyeri aktivitas retikular, menghambat stimulus nyeri sehingga menyebabkan terhambatnya implus nyeri ke otak (Laras, 2017).

b. Melakukan pemijatan (*massage*)

Melakukan pemijatan yang bertujuan untuk menstimulasi serabut yang mentransmisikan sensasi tidak nyeri atau menurunkan transisi, implus nyeri. *massage* merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara

umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. *massage* tidak spesifik menstimulasi reseptor yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol (Paul, 2012).

6. Dampak nyeri

Dampak dari nyeri terhadap hal-hal yang lebih spesifik seperti pola tidur terganggu, seleramakan berkurang, aktivitas keseharian terganggu, hubungan dengan sesama manusia lebih mudah tersinggung, atau bahkan terhadap *mood* (menangis dan marah), kesulitan berkonsentrasi pada pekerjaan atau pembicaraan dan sebagainya (Siauta et al., 2020).

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk mengukur nyeri pada skala yang harus mereka bayangkan atau menunjukkan skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri mungkin mendapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi pada tugas mental dan merasa kesulitan untuk berespons terhadap skala yang harus mereka bayangkan. Di beberapa rumah sakit sangat menguntungkan jika disediakan salinan skala intensitas nyeri di tempat yang dapat dilihat dengan jelas oleh tiap klien, biasanya ditempelkan di dinding sebelah tempat tidur (Black & Hawks, 2014). Intensitas nyeri merupakan suatu gambaran untuk mendeskripsikan seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh klien, pengukuran nyeri sangat subyektif dan bersifat individual sehingga intensitas nyeri yang dirasakan akan berbeda dengan individu lainnya (Tamsuri, 2007 dalam (Wiarto, 2017)).

Menurut Perry dan Potter (2006), nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-Ray atau tes darah. Kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku klien, serta dengan pengkajian nyeri menurut (Jackson & Lee, 2013) :

- a. O (Onset) : Tentukan kapan rasa tidak nyaman dimulai. Kapan mulainya? Akut atau bertahap?
- b. P (Provoking) : Tanyakan apa yang membuat nyeri atau rasa tidak nyaman memburuk, apakah posisi? Apakah bernafas dalam atau palpasi pada perut membuatnya lebih buruk? Apakah nyeri menetap?
- c. Q (Quality) : Kualitas, nilailah jenis nyeri yang menanyakan pertanyaan terbuka : seperti apa nyeri yang anda rasakan? Atau berikan alternatif : terdapat banyak jenis nyeri, apakah nyeri yang anda rasakan lebih seperti rasa berat, tekanan, terbakar, teriris, nyeri tumpul, tajam atau seperti ditusuk jarum?
- d. R (Region) : Daerah perjalanan nyeri menjalar, tanyakan apakah nyeri menjalar ke bagian tubuh yang lain.
- e. S (Severity) : Keparahan atau intensitas nyeri, berikan nilai nyeri pada skala 1-10. Setelah beberapa menit pemberian oksigen atau pil nitrogliserin nilai kembali.
- f. T (Treatment) : Usaha meredakan nyeri. Tanyakan tindakan apa yang dilakukan pasien untuk mengatasi nyerinya?
- g. U (Understanding) : Bagaimana persepsi nyeri klien? Apakah pernah merasakan nyeri sebelumnya? Jika iya, apa masalahnya?
- h. V (Values) : Tujuan dan harapan untuk nyeri yang diderita pasien.

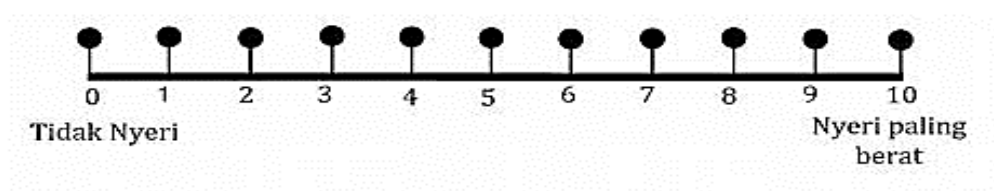
8. Penilaian Nyeri

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai mungkin selama pasien dapat berkomunikasi, menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan menggunakan skala yaitu (W. I. Mubarak, Indrawati, 2015)

a. Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan” pasien diminta untuk menunjukkan keadaan nyeri (W. I. Mubarak et al., 2015).

Gambar 2.2 Skala Nyeri Deskriptif



Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*.

Jakarta: Salemba Medika

b. *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0- 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai

perubahan pada skala nyeri, menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (W. I. Mubarak et al., 2015).

Gambar 2.3 Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*

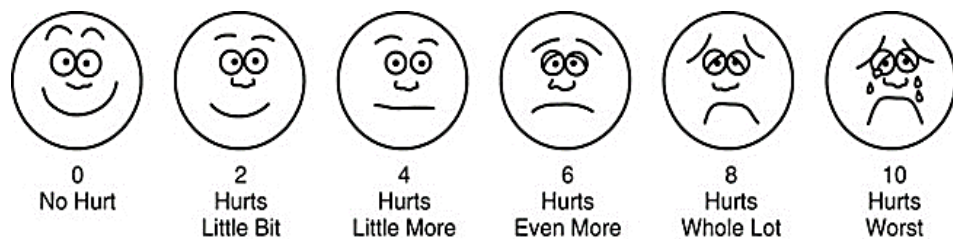


Sumber: (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

c. *Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat (W. I. Mubarak et al., 2015).

Gambar 2.4 Wong Baker *Faces Scale*



Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

d. *Visual Analog Scale* (VAS)

cara menghitung skala nyeri yang paling banyak digunakan oleh praktisi medis. Visualisasinya di mana pada ujung garis kiri tidak nyeri, sementara ujung satunya lagi mengindikasikan rasa nyeri terparah yang

mungkin terjadi. Namun, VAS tidak disarankan untuk pasien yang mengalami pembedahan (W. I. Mubarak et al., 2015).

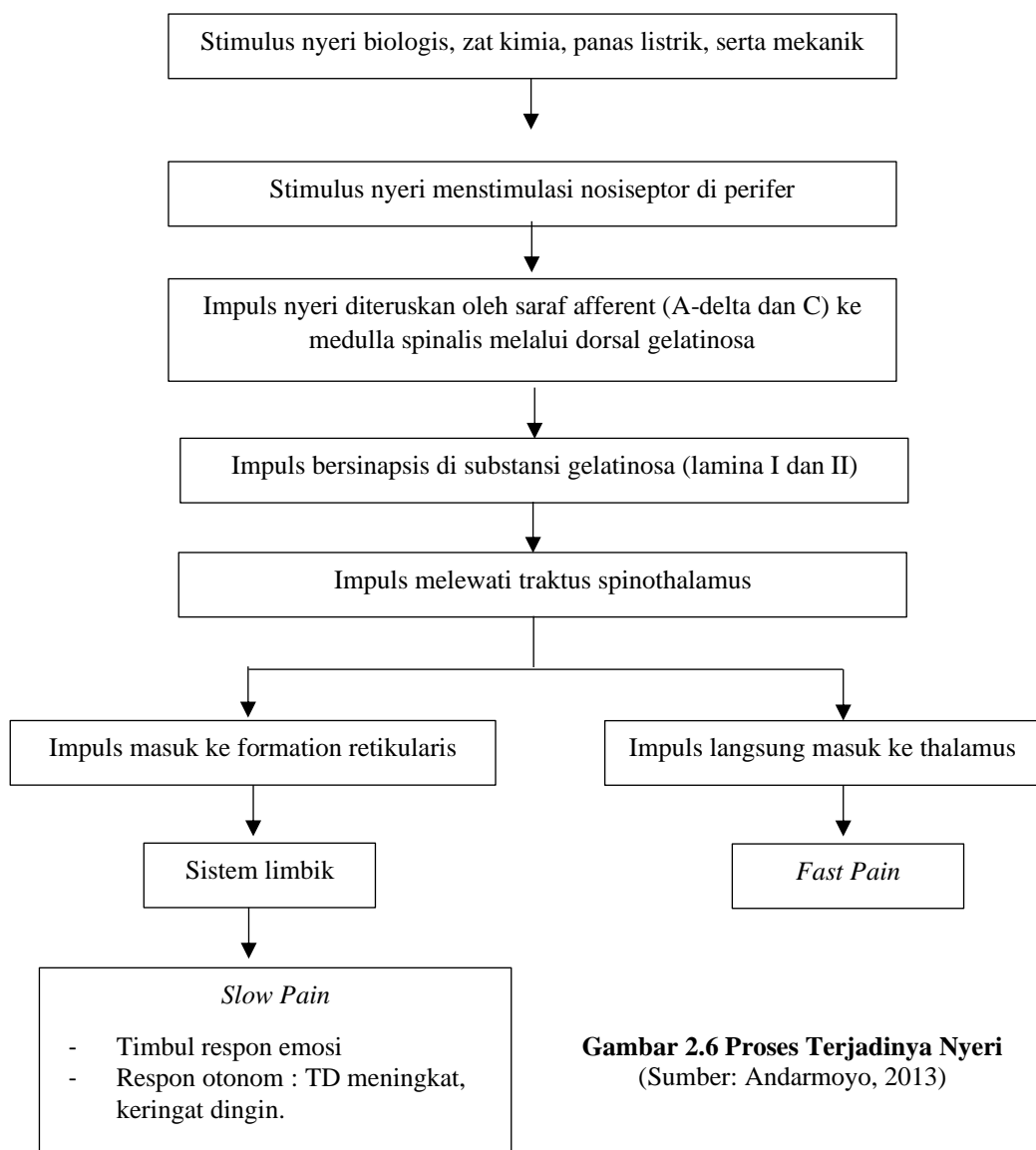
Gambar 2.5 Visual Analog Scale (VAS)



Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*.

Jakarta: Salemba Medika.

9. Proses Terjadinya Nyeri



Gambar 2.6 Proses Terjadinya Nyeri
(Sumber: Andarmoyo, 2013)

D. Konsep SSBM (*Slow Stroke Back Massage*)

1. Pengertian SSBM (*Slow Stroke Back Massage*)

Slow stroke back massage adalah suatu prosedur dengan mengusapkan secara perlahan dan berirama di daerah sekitar punggung. Massage punggung ini merupakan tipe message yang melibatkan gerakan memanjang perlahan dan halus. Massage ini disebut juga sebagai stimulasi kutaneus karena usapan di kulit dapat menghilangkan nyeri dan mengurangi ketegangan otot sehingga tubuh menjadi rileks sehingga dapat menurunkan nyeri dan tekanan darah (Potter & Perry, 2017).

massage punggung dapat bermanfaat untuk melancarkan peredaran darah. *massage* punggung dapat merangsang hormon endorfin sehingga memberikan efek tenang terjadi vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan relaksasi, memperbaiki peredaran darah, mengurangi nyeri dan merilekskan ketegangan pada otot (Kozier et al., 2010).

2. Mekanisme SSBM (*Slow Stroke Back Massage*)

Mekanisme *slow stroke back massage* yaitu dapat meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga menyebabkan pelepasan endorfin yang membuat pembuluh darah menjadi vasodilatasi (Kozier et al., 2010).

Slow stroke back massage menstimulasi saraf-saraf di superfical kulit kemudian diteruskan ke otak di bagian hipotalamus. Sistem saraf desenden melepaskan hormon endorfin yang mengakibatkan meningkatnya hormon endorfin di dalam tubuh yang akan meningkatkan produksi kinerja hormon

dopamine. Peningkatan hormon dopamin ini mengakibatkan terjadinya peningkatan sistem saraf parasimpatis, di mana saraf ini berfungsi mengontrol aktivitas yang berlangsung dan bekerja pada saat tubuh rileks, sehingga penderita hipertensi akan mempresepsikan sentuhan sebagai respon relaksasi dan menyebabkan penurunan intensitas nyeri kepala (Potter & Perry, 2016).

3. Cara pemberian SSBM (*Slow Stroke Back Massage*)

- a. Subyek penelitian dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bias tidur miring, telungkup atau duduk.
- b. Buka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya selimut.
- c. Peneliti mencuci tangan dalam air hangat. Hangatkan lotion di telapak tangan dan tepatkan botol ke dalam air hangat. Tuang sedikit lotion di tangan. Jelaskan prosedur pada responden bahwa lotion akan terasa dingin dan basah basah. Gunakan lotion sesuai kebutuhan.
- d. Lakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan sesuai dengan metode diatas. Jika responden mengeluh tidak nyaman, prosedur langsung dihentikan.
- e. Akhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan.
- f. Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien dengan handuk mandi. Ikat kembali gaun atau bantu memakai baju atau piyama. Bantu klien posisi yang nyaman.

E. Konsep VCO (*Virgin Coconut Oil*)

1. Pengertian VCO (*Virgin Coconut Oil*)

Selama sekitar 3960 tahun yang lalu, dari 4000 tahun sejak adanya catatan sejarah, telah diketahui penggunaan buah kelapa sebagai bahan makanan dan kesehatan. Selama itu, dicatat bahwa buah kelapa memang sangat bermanfaat, tanpa efek samping. Pohon kelapa dipandang sebagai sumber daya berkelanjutan yang memberikan hasil panen yang berpengaruh terhadap segala aspek kehidupan masyarakat di daerah tropis. Dan yang penting adalah buahnya, daging kelapa, air kelapa, santan dan minyaknya (Darmoyuwono, 2006).

Belakangan ini, pemanfaatan daging buah kelapa menjadi lebih variatif. *Virgin coconut oil* (VCO) merupakan bentuk olahan daging kelapa yang baru-baru ini banyak diproduksi orang. Di beberapa daerah, VCO lebih terkenal dengan nama minyak perawan, minyak sara, atau minyak kelapa murni (Setiaji dan Prayugo, 2006).

Pada pengolahan minyak kelapa biasa atau minyak goreng secara tradisional dihasilkan minyak kelapa bermutu kurang baik. Hal tersebut ditandai adanya kadar air dan asam lemak bebas yang cukup tinggi di dalam minyak kelapa. Bahkan warnanya agak kecoklatan sehingga cepat menjadi tengik. Daya simpannya pun tidak lama, hanya sekitar dua bulan saja. Oleh karena itu, dilakukan serangkaian pengujian untuk memperbaiki teknik pengolahan minyak kelapa tersebut sehingga diperoleh minyak kelapa dengan mutu yang lebih baik dari cara sebelumnya. Minyak kelapa dihasilkan memiliki kadar air dan kadar asam lemak bebas yang rendah, berwarna

bening, serta berbau harum. Daya simpannya pun menjadi lebih lama, bisa lebih dari 12 bulan (Rindengan dan Novariato, 2004).

Minyak kelapa murni merupakan hasil olahan kelapa yang bebas dari trans-fatty acid (TFA) atau asam lemak-trans. Asam lemak trans ini dapat terjadi akibat proses hidrogenasi. Agar tidak mengalami proses hidrogenasi, maka ekstraksi minyak kelapa ini dilakukan dengan prosesdingin. Misalnya, secara fermentasi, pancingan, sentrifugasi, pemanasanterkendali, pengeringan kelapa secara cepat (Darmoyuwono, 2006).

Menurut Darmoyuwono (2006) minyak kelapa murni memiliki sifat kimia-fisika antara lain:

- a. Penampakan: tidak berwarna, kristal seperti jarum
- b. Aroma: ada sedikit berbau asam ditambah bau caramel
- c. Kelarutan: tidak larut dalam air, tetapi larut dalam alcohol
- d. Berat jenis: 0,883 pada suhu 20°C
- e. pH: tidak terukur, karena tidak larut dalam air. Namun karena termasuk dalam senyawa asam maka dipastikan memiliki pH di bawah dan Presentase penguapan: tidak menguap suhu 21°C (0%)
- f. Titik cair: 20-25°C dan Titik tidih: 225°C
- g. Kerapatan udara (udara=1) : 6,91
- h. Tekanan uap (mmHg) : 1 pada suhu 121°C
- i. Kecepatan penguapan (Asam Butirat= 1) : tidak diketahui

2. Kandungan VCO (*Virgin Coconut Oil*)

Virgin Coconut Oil atau minyak kelapa murni mengandung asam lemak rantai sedang yang mudah dicerna dan dioksidasi oleh tubuh sehingga

mencegah penimbunan didalam tubuh. Disamping itu ternyata kandungan antioksi dan didalam VCO pun sangat tinggi seperti tokoferoldan betakaroten. Antioksidan ini berfungsi untuk mencegah penuaan dini dan menjaga vitalitas tubuh (Setiaji & Prayugo, 2006).

Komponen utama VCO adalah asam lemak jenuh sekitar 90% dan asam lemak tak jenuh sekitar 10%. Asam lemak jenuh VCO didominasi oleh asam laurat. VCO mengandung \pm 53% asam laurat dan sekitar 7% asam kaprilat. Keduanya merupakan asam lemak rantai sedang biasa disebut Medium Chain Fatty Acid (MCFA). Sedangkan menurut Price (2004) VCO mengandung 92% lemak jenuh, 6% lemak mono tidak jenuh dan 2% lemak poli tidak jenuh (Wardani, 2007).

3. Manfaat VCO (*Virgin Coconut Oil*)

Minyak kelapa murni (VCO) mempunyai banyak bermanfaat terutama dalam bidang kesehatan (Anonim, 2009) diantaranya:

- a. Merupakan antibakteri, antivirus, antijamur dan antiprotozoa alamiah dan Membantu meredakan gejala – gejala dan mengurangi resiko kesehatan yang dihubungkan dengan diabetes
- b. Membantu melindungi diri terhadap serangan penyakit osteoprosis
- c. Mengurangi nyeri kepala dan mencegah tekanan darah tinggi
- d. Membantu mencegah penyakit liver, jantung dan pembuluh darah

F. Konsep Terapi Murottal Qur'an Surah Ar-Rahman

1. Pengertian Murottal Qur'an

Terapi murottal Al-Qur'an adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh Qori' (Pembaca Al-Qur'an). Lantunan Al-Qur'an

mengandung suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon- hormon stress dengan cara mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian rasa takut, cemas, serta dapat memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Purna, 2006; Heru, 2008 dalam Pratiwi, Hasneli dan Ernawaty, 2015).

Di dalam penelitian ini menggunakan salah satu surat Makkiyah dalam Al-Qur'an yaitu Surah Ar-Rahman yang merupakan surat ke 55 dan berjumlah 78 ayat. Dalam surat ini menerangkan kepemurahan Allah SWT kepada hamba-hamba- Nya, yakni dengan memberikan nikmat yang tak terhingga baik di dunia maupun di akhirat. Ar-Rahman mempunyai karakter ayat yang penek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi yang bagi pendengar yang masih awam sekalipun (Srihartono, 2007 dalam Pratiwi et al, 2015).

2. Indikasi dan Kontraindikasi Murottal Qur'an

- a. Indikasi terapi murottal menurut (Hidayat et., al 2013) yakni teapi murottal diberikan kepada klien yang mengalami kecemasan, nyeri, kesedihan, dan digunakan untuk berbagai macam penyakit serta meningkatkan ketenangan jiwa.
- b. Kontraindikasi murottal menurut (Mayrani, 2013) terapi murottal ini tidak dapat dapat digunakan bagi klien yang mengalami gangguan pendengaran.

G. Konsep SSBM (*Slow Stroke Back Massage*) Kombinasi Menggunakan VCO (*Virgin Coconut Oil*) dan Terapi Murottal Qur'an Surah Ar-Rahman

Hipertensi dapat ditangani dengan farmakologi dan non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi yang dapat memperbaiki peredaran darah, merilekskan ketegangan pada otot-otot, mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi fisik serta psikologis adalah SSBM (*Slow Stroke Back Massage*) dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) dan terapi murottal quran surah Ar-Rahman untuk merelaksasikan mengurangi nyeri kepala pada hipertensi (Wibowo, 2013).

Terapi komplementer digunakan sebagai terapi pelengkap untuk mencegah efek jangka panjang dari terapi farmakologis. Terapi komplementer yang dapat memperbaiki peredaran darah, merilekskan ketegangan pada otot-otot, mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi fisik serta psikologis adalah SSBM (*Slow Stroke Back Massage*) secara patofisiologi mempengaruhi kontraksi dinding kapiler sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah kapiler dan pembuluh getah bening, memperlancar aliran oksigen dalam darah, pembuangan metabolisme semakin lancar sehingga memacu hormon endorfin sehingga memberi rasa nyaman, merangsang saraf reseptor saraf sensorik menuju ke sistem saraf pusat dan apabila mengenai impuls bagian otak tengah (periaqueductus) ini disampaikan ke hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui saraf desenden hormon endorfin dikeluarkan sehingga menimbulkan rasa rileks (Setyawan & Kusuma, 2014).

Nyeri kepala merupakan masalah yang sering dirasakan oleh pasien hipertensi. Salah satu terapi non farmakologi yang dapat mengurangi skala nyeri kepala adalah SSBM kombinasi dengan VCO dan terapi murottal quran surah

Ar-Rahman. Massage ini dapat meredakan ketegangan otot, merilekskan pasien dan meningkatkan sirkulasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Kristiana & Sari (2016) menyatakan bahwa saat SSBM dengan VCO dan terapi murottal quran surah Ar-Rahman dilakukan pembuangan metabolisme semakin lancar sehingga memacu hormon endorfin yang kemudian memberikan rasa nyaman, merangsang saraf reseptor saraf sensorik menuju ke sistem saraf pusat dan apabila mengenai impuls bagian kelabu pada otak tengah (periaqueductus) kemudian dari periaqueductus ini disampaikan ke hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui saraf desenden hormon endorfin dikeluarkan sehingga menimbulkan rasa rileks yang kemudian dapat menurunkan nyeri kepala yang dirasakan oleh penderita hipertensi.

H. WOC Inovasi Intervensi

