

BAB II

TINJAUAN TEORI

1.4 Konsep Dasar lansia

1. Pengertian

Lanjut usia (lansia) merupakan bagian dari proses tumbuh kembang manusia. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir (Transyah et al., 2023). Dimasa ini seseorang pada umumnya akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Baiturrahim, 2019).

2. Klasifikasi

WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa batasan lansia adalah 60 tahun. Menggolongkan lansia menjadi 4 golongan, yaitu sebagai berikut (Naftali, Ranimpi, and Anwar 2020) :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun,
- b. Lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun,
- c. Lanjut usia tua (*old*) 75–90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

3. Proses penuaan

Proses menua (*aging proses*) biasanya akan ditandai dengan adanya perubahan fisik–biologis, mental maupun psikososial. Perubahan fisik diantaranya adalah penurunan sel, penurunan sistem persyarafan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem

pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, sistem endokrin, sistem kulit, sistem perkemihan, sistem muskuloskeletal. Perubahan – perubahan mental pada lansia yaitu terjadi perubahan kepribadian, memori dan perubahan intelegensi (Kusumawardani and Andanawarih 2020).

1.5 Konsep dasar penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg secara kronis (Merdekawati et al., 2021). Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit syaraf, ginjal, dan pembuluh darah, semakin tinggi tekanannya, maka semakin tinggi pula resikonya (Sylvia A.Price, 2020).

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kali kesempatan yang berbeda. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan daranya lebih dari 140/90 mmHg (Arif Mutaqqin, 2019). Dapat disimpulkan Hipertensi adalah suatu kondisi dimana tekanan sistolik darah > 140 mmHg dan diastotlik > 90 mmHg (Dewi, 2019).

2. Klasifikasi Hipertensi

Tingkatan Hipertensi untuk orang dewasa dan anak-anak berbeda karena perbedaan usia menunjukan perbedaan tekanan darah standar atau normal. Anakanak memiliki tekanan darah yang lebih rendah

dibandingkan dengan orang dewasa, tingkatan penyakit hipertensi untuk anak juga dibedakan dengan orang dewasa (Sylvestris, 2020).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan sistolik (mmHg)	Darah diastole (mmHg)
Stadium 1 ringan	140 – 159	90 – 99
Stadium 2 sedang	160 – 172	100 – 109
Stadium 3 berat	180 – 209	110 – 119
Stadium 4 sangat berat	> 210	> 120

Sumber (Mutaqin, 2020)

3. Etiologi

Berasarkan penyebabnya, sebagai berikut :

a. Perokok

Merokok yang menahun dapat merusak endotel arteri dan nikotin menurunkan HDL yang baik untuk tubuh manusia.

b. Obesitas

Dapat meningkatkan LDL yang buruk untuk tubuh manusia aterosklerosis.

c. Alkoholisme

Alkohol yang dapat merusak hepar dan sifat alkohol mengikat air memengaruhi viskositas darah memengaruhi tekanan darah.

d. Stres

Merangsang sistem saraf simpatik mengeluarkan adrenalin yang berpengaruh terhadap kerja jantung.

e. Komsumsi garam

Garam memengaruhi viskositas darah dan memperberat kerja ginjal yang mengeluarkan renin angiotensin yang dapat meningkatkan tekanan darah. Dan hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Hipertensi Primer (Esensial) Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhi yaitu : genetik, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatik sistem renin angiotensin, peningkatan natrium intraseluler.
- 2) Hipertensi Sekunder Penyebabnya yaitu : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan. Namun hipertensi pada lansia, dapat terjadi karena :
 - Elastitas dinding aorta menurun
 - Katup jantung menebal dan menjadi kaku
 - Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sesudah umur 20 tahun yang menyebabkan manurunnya kontraksi dan volumenya.
 - Kehilangan elastisitas pembuluh darah.

- Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer(Siswanto, Widyawati, Wijaya, Salfana, & Karlina, 2020)

4. Patofisiologi

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleks baroreseptor yang terdapat pada sinus karotis dan arkus aorta. Pada 14 hipertensi, karena adanya berbagai gangguan genetik dan resiko lingkungan, maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu sistem saraf pusat dan sistem renin-angiotensin-aldosteron, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin dan gangguan neurohormonal menyebabkan vasokonstriksi sistemik dan peningkatan resistensi perifer (Aspiani, 2019). Inflamasi menyebabkan gangguan ginjal yang disertai gangguan sistem RAA (*Renin-Angiotensin-Aldosteron*) yang menyebabkan resistensi garam dan air di ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah. Peningkatan resistensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadinya hipertensi. Pusat yang menerima impuls yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medula di batang otak (Widiyanto et al., 2020).

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada akhirnya akan menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya yaitu kemampuan aorta

dan arteri besar menjadi berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer(Adrian, 2019).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis diantaranya, Sakit kepala, Gampang marah (pusing/ migrain), Epitaksis (mimisan), Tinitus (Telinga berdenging), Palpitasi (berdebar debar), kaku kuduk, pandangan mata berkunang – kunang, susah tidur, tekanan darah diatas norma(Nur et al., 2021).

6. Komplikasi

Menurut (Gunawan,L.2019) ada beberapa komplikasi Stroke diantaranya :

- a. Stroke dapat timbul akibat pendarahan karena tekanan tinggi di otak atau akibat embolis yang terlepas dari pembuluh darah non otak. Stroke dapat terjadi karena hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahi menjadi bekurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga dapat meningkatkan terbentuknya aneurisma.
- b. Infark Miokardium Dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami atherosclerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadi

- hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan waktu hantaran listrik saat melintasi ventrikel sehingga terjadi distitmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan pembekuan darah.
- c. Gagal Ginjal Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit fungsional ginjal neuron akan terganggu, dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin, sehingga tekanan osmotic koloid plasma berkurang. Hal ini menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik (Nurafif & Hardhi, 2019).
 - d. Ensefalopati Atau sering juga disebut dengan kerusakan otak yang dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan kedalam ruang intertisium di seluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian (Suprayitno & Huzaimah, 2020).

7. Penatalaksanaan Medis

a. Farmakologi

Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut :

Hidroklorotazid (HCT) 12,5-2,5 mg perhari dengan dosis tunggal Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal. Propanolol mulai dari 100 mg dua kali sehari. Katopril 12,5-25 mg dua sampai tiga kali sehari. Nifedipin mulai 5 mg dua kali sehari.

b. Non farmakologi

Menurunkan berat badan sampai batas ideal, Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap hari. Mengurangi konsumsi alcohol, Berhenti merokok dan Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat.

1.6 Konsep Nyeri

1.6.1 Definisi

The International Association for the Study of Pain mendefinisikan nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial dan aktual (Transyah et al., 2023). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu intensitas bervariasi mulai

dari nyeri ringan sampai nyeri berat namun sejalan dengan proses penyembuhan (Price & Wilson, 2019).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang hingga berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya.

1.6.2 Klasifikasi nyeri

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok, antara lain (Ningtyas, 2023):

- a. Berdasarkan jenis nyeri
 1. Nyeri Nosiseptif

Ketidaknyamanan akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lendir. Keluhan yang ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir contoh: pasien pasca operasi dan pasien luka bakar.

2. Nyeri Neurogenik

Nyeri karena disfungsi primer sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan. Contohnya pada penderita herpes zoster 20.

3. Nyeri Psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia, dapat dilihat pada kasus depresi atau ansietas.

b. Berdasarkan waktu nyeri

1. Nyeri Akut

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan dialami ≤ 3 bulan.

2. Nyeri Kronis

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan 12 intensitas ringan sampai berat dan sudah dialami ≥ 3 bulan.

c. Berdasarkan lokasi nyeri

i. Nyeri *Somatic*

Nyeri *somatic* digambarkan sebagai nyeri yang tajam, menusuk, mudah terlokalisasi dan terbakar yang biasanya berasal otot rangka, tendon, tulang, dan sendi.

ii. Nyeri *Supervisial*

Nyeri *superfisial* adalah nyeri yang disebabkan karena ada stimulus nyeri yang berasal dari kulit, jaringan subkutan, selaput lendir yang bersifat cepat, terlokalisir, dan terasa tajam. Misalnya, cedera tertusuk jarum.

iii. Nyeri *Viseral*

Nyeri yang dirasakan akibat suatu penyakit yang menyebabkan fungsi organ-organ dalam terganggu. Bersifat difusi dan menyebar ke area lain. Contohnya rasa terbakar pada penyakit ulkus lambung.

d. Berdasarkan Derajat Nyeri

1) Nyeri ringan

Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan biasanya terjadi saat beraktivitas sehari-hari.

2) Nyeri sedang

Nyeri yang dirasakan menetap dan mengganggu aktivitas dan dapat hilang saat pasien beristirahat.

3) Nyeri hebat

Nyeri dapat terjadi terus menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderitanya tidak dapat beristirahat.

c. Pengukuran nyeri



Gambar 2.1 Pengukuran nyeri

Penilaian ini dilakukan dengan menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk

menggambarkan tingkat nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali (Fitriana et al., 2021).

Nyeri dapat di atasi dengan intervensi manajemen nyeri yaitu dengan pemberian terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi terkadang dapat menimbulkan efek samping yang juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. Banyak pilihan terapi non farmakologi yang merupakan tindakan mandiri perawat dengan berbagai keuntungan diantaranya tidak menimbulkan efek samping, simple dan tidak berbiaya mahal salah satunya dengan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender. Terapi ini dapat dilakukan dengan teknik relaksasi, distraksi, stimulasi dan imajinasi terbimbing (Rosdalu & Kawalski, 2020).

Nyeri kepala pada penyakit hipertensi terjadi adanya peningkatan dari hipertensi atau tekanan darah tinggi, dimana hal itu disebabkan adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya, dan serangkaian pembuluh darah arteri dan vena yang mengangkut darah. Hal itu membuat aliran darah di sirkulasi terganggu dan menyebakan tekanan meningkat (Palmer,et.al., 2020). Jaringan yang sudah terganggu akan terjadi penurunan oksigen dan terjadinya peningkatan

karbondioksida. Lalu, terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka terhadap nyeri kepada pada otak (Bahrudin, 2020).

1.7 Teknik Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi

Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi yang dilakukan dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot (Rihiantoro et al., 2020). Relaksasi otot progresif merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengendurkan ketegangan jasmani yang akan berdampak pada penurunan ketegangan jiwa. Oleh karena efek yang dihasilkan adalah perasaan senang, relaksasi mulai digunakan untuk mengurangi perasaan tegang, terutama ketegangan psikis (Purwanto, 2008 dalam Agustina & Hasanah, 2020).

Teknik relaksasi otot progresif bisa dilakukan 1-2 kali per hari dengan durasi 15 menit setiap sesinya selama seminggu, otot ditegangkan selama 5-7 detik dan direlaksasikan selama 10-20 detik.

2. Manfaat

Relaksasi otot progresif digunakan dalam perawatan untuk mengurangi ketegangan otot, kelelahan, kecemasan, depresi sakit leher dan punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap (Purwaningtyas, 2010 dalam Annas & Wibowo, 2019). Goldfried dan Davidson dalam Syarkawi, (2019) menyatakan bahwa dengan

melemaskan otot dalam relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan yang berlebihan.

3. Tujuan

Tujuan Terapi Relaksasi otot progresif menurut Herodes (2019):

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi jantung, laju metabolismik.
- b. Mengurangi distitmia jantung, dan kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan.
- g. Membangun emosi positif dari emosi negatif.

4. Patofisiologis

Relaksasi otot progresif didasari pada mekanisme kerja dalam mempengaruhi kebutuhan tidur, dimana terjadi respon relaksasi (Trophotropic) yang menstimulasi semua fungsi dimana kerjanya berlawanan dengan system saraf simpatis sehingga tercapai keadaan rileks dan tenang (Wulandari et al., 2019).

Teknik relaksasi progresif dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan, karena dapat menekan saraf simpatis sehingga mengurangi rasa tegang yang dialami oleh individu secara timbal balik, sehingga

timbul counter conditioning (penghilangan). Relaksasi diciptakan setelah mempelajari sistem kerja saraf manusia, yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Sistem saraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energi misalnya pada saat terkejut, takut, cemas atau berada dalam keadaan tegang (Augin & Soesanto, 2022).

Pada kondisi seperti ini, sistem saraf akan memacu aliran darah ke otot-otot skeletal, meningkatkan detak jantung, kadar gula dan ketegangan menyebabkan serabut-serabut otot kontraksi, mengecil dan mencuat. Sebaliknya, relaksasi otot berjalan bersamaan dengan respon otonom dari saraf parasimpatis. Sistem saraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase ketegangan dan menaikkan aliran darah ke sistem gastrointestinal sehingga kecemasan akan berkurang dengan dilakukannya relaksasi progresif (Handayani & Rahmayati, 2020).

5. Prosedur

Prosedur pelaksanaan relaksasi otot progresif Dalam pelaksanaan latihan teknik relaksasi otot progresif terhadap beberapa tahap yaitu:

- a. Tahap persiapan

Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar terapi pada pasien, posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup.

b. Tahap Pelaksanaan

Ada beberapa langkah melakukan teknik relaksasi progresif adalah:

- 1) Kepalkan kedua tangan, kencangkan bisep dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik. Anjurkan memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaksasi selama 15 sampai 20 detik.
- 2) Kerutkan dahi ke atas, pada saat yang tekan dagu sejauh mungkin ke belakang, putar searah jarum jam kembalikannya. Selanjutnya relaksan kembali kemudian kerutkan otot mukaseperti menari yaitu cemberut, mata dikedapkan, bibir dimoyongkan kedapan lidah ditekan dilangit-langit dan bahu dibungkukkan. Dilanjutkan selama 5 sampai 7 detik. Anjurkan klien untuk memikirkan rasanya dan tegangkan otot sepenuhnya kemulian rileks selama 15 sampai 20 detik.
- 3) Lekungkan punggung kebelakang sambil menarik napas dalam masuk, tekan keluar, tahan dan rileks kemudian tarik napas dalam tahan dalam perut lalu relaksasi.
- 4) Tarik kaki ibu jari kebelakang mengarah kemuka, tahan relaksan lipat ibu jari, secara serentak kecangkan betis, paha dan pantat selama lima sampai tujuh detik. Anjurkan klien

untuk memikirkan rasanya dan tegangan otot sepenuhnya kemudian relaksasi rilaks selama 15 sampai 20 detik.

- 5) Dokumentasikan hasil intervensi keperawatan meliputi waktu, frekuensi, respon pasien dan hasil.

1.8 Konsep Aromaterapi Lavender

1. Pengertian

Aromaterapi berasal dari dua kata “aroma” yang artinya wewangian dan “terapi” berarti perawatan. Aromaterapi adalah salah satu cara pengobatan penyakit dengan menggunakan wewangian yang umumnya berasal dari tumbuh-tumbuhan serta harum, gurih, dan enak yang disebut minyak asiri. Aroma terapi suatu cara perawatan tubuh dan penyembuhan penyakit dengan minyak essensial (*essential oil*) (Wahyuni,2020).

Lavender, atau dikenal juga sebagai *lavendel*, adalah *genus* tumbuhan berbunga dari keluarga *Lamiaceae* yang mencakup sekitar 25-30 spesies. Tanaman ini berasal dari wilayah selatan Laut Tengah hingga Afrika tropis dan timur hingga India. Lavender umumnya memiliki bunga kecil berwarna ungu yang tumbuh dalam rangkaian spiral. (Maharini, A.P., 2021).

Terapi lavender sebagai aromaterapi adalah penggunaan minyak esensial lavender untuk tujuan kesehatan dan kesejahteraan. Aromaterapi dengan lavender dikenal karena

sifatnya yang menenangkan dan menyegarkan, serta digunakan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan mental dan fisik.



Gambar 2.2 Lavender

2. Manfaat

Manfaat pemberian aromaterapi lavender dapat digunakan untuk menenangkan pikiran sebagai aromaterapi, selain itu bunga mawar juga dapat membantu memerangi depresi dan kecemasan yang terdampak pada gangguan tidur, dapat mengontrol keseimbangan produksi hormon serta memperlancar sirkulasi darah hingga memperlambat resiko penyakit jantung, sakit kepala dan gangguan tekanan darah.

1.9 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

1. Pengkajian

Hipertensi adalah suatu sindrom klinis yang ditandai oleh sejumlah tanda dan gejala, serta disebabkan oleh berbagai kuasa, seperti kelainan jantung, assupan natrium yang tinggi, obesitas, faktor genetik, lingkungan, dan yang lainnya.

Pengkajian pada klien dengan hipertensi merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian sistem kardiovaskuler sebagai prioritas pengkajian.

Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat, khususnya yang berhubungan dengan gejala. Masing-masing gejala harus di evaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankan (Panjaitan, 2020)

Adapun komponen – komponen dalam pengkajian yaitu :

a. Identitas

- 1) Identitas klien Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor *medical record*, diagnosis medis dan alamat.
- 2) Identitas penanggung jawab Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan meliputi sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, dan pada kasus yang parah bisa menimbulkan penurunan kesadaran.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien secara PQRST, yaitu : *Provoking Incident* : Hal-hal yang menyebabkan bertambah/bekurannya keluhan utama. Pada kasus hipertensi, ditemukan adanya rasa pusing. Keluhan dirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat *Quality of Pain* : Tingkat keluhan utama. Seperti apa pusing yang dirasakan atau digambarkan klien. Biasanya setiap beraktivitas *Region* : *radiation, relief* : Lokasi keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tidak tertahankan di seluruh bagian kepala, terutama dapat disertai dengan rasa ketidaknyamanan atau tengkuk terasa kaku *Severity (Scale)* : Yaitu intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bargantung pada derajat beratnya, *Time* : Sifat mula timbulnya (*onset*), lama timbulnya (durasi) keluhan (Muttaqin, 2020).

3) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita hipertensi, kadar kolesterol yang tinggi, obesitas, dan atau riwayat penyakit jantung. Tanyakan mengenai obat– obat yang biasa

diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan (Muttaqin, 2020).

4) Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. (Muttaqin, 2020).

5) Pola Fungsi Kesehatan

- a) Aktifitas dan istirahat: adanya kelelahan, insomnia, kurang istirahat dan lain-lain.
- b) Pola makan dan cairan: hilang nafsu makan, mual dan muntah.
- c) Eliminasi: Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi.
- d) Interaksi sosial: menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal atau pekerjaan.

6) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum: kesadaran dan keadaan emosi, kenyamanan, distress, sikap dan tingkah laku pasien
- b) Tanda-tanda vital:

- Tekanan darah

Nilai normalnya: Nilai rata-rata sistolik: 110-140 mmHg

Nilai ratarata diastolik: 80-90 mmHg

Hipertensi: sistolik > 140 mmHg, diastolik >100 mmHg

- Nadi

Nilai normalnya: Frekuensi: 60-100x/menit

- Pernapasan

Nilai normalnya: Frekuensi: 16-20 x/menit

- Suhu badan

Nilai normal: 36,5°C-37,5°C

c. *Head to toe examination*

- 1) Kepala: bentuk, kesimetrisan, apakah ada luka atau benjolan
- 2) Mata: konjungtiva anemis atau tidak, ikterik atau tidak.
- 3) Mulut: apakah ada tanda infeksi
- 4) Telinga: kotor atau tidak, ada serumen atau tidak, kesimetrisan
- 5) Muka: ekspresi, pucat atau tidak
- 6) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe
- 7) Dada: gerakan dada, suara napas dan suara detang jantung
- 8) Abdomen: Terdapat asites, hati teraba dibawah arkus kosta kanan
- 9) Ekstremitas: lengan dan kaki: reflex, warna dan tekstur kulit, edema, varises

d. Aktifitas Sehari-hari (Udjianti, 2019)

- 1) Pola Nutrisi

Perlu dikaji keadaan makanan dan minuman klien meliputi porsi yang dihabiskan, susunan menu, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri ulu hati sebelum atau pada waktu masuk rumah sakit, yang terpenting adalah perubahan pola

makan setelah sakit, penurunan tugor kulit, berkeringat, penurunan berat badan.

2) Pola Eliminasi

Pada klien dengan hipertensi dengan peningktana kadar natrium, biasanya terjadi retensi urine akibat reabsorbsi natrium di tubulus distal meningkat.

3) Pola istirahat dan tidur

Pola istirahat tidak teratur karena klien sering mengalami pusing.

4) Personal Hygine buh klien kurang karena klien lebih sering bedrest.

5) Aktifitas Aktifitas terbatas karena terjadi kelemahan otot atau pusing.

e. Data Psikologi

Meliputi riwayat psikologis klien yang berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampaknya terhadap kehidupan sosial klien. Bagi banyak orang, jantung merupakan simbol kehidupan. Jika klien mempunyai penyakit pada jantungnya baik akut maupun kronis, maka akan dirasakan seperti krisis kehidupan utama. Klien dan keluarga menghadapi situasi yang menghadirkan kemungkinan kematian atau rasa takut terhadap nyeri, ketidakmampuan, gangguan harga diri, ketergantungan fisik, serta perubahan pada dinamika peran keluarga (Udjianti, 2017).

f. Data Spiritual

Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan prilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini (Muttaqin, 2019).

g. Data Sosial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dan curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan (Muttaqin, 2019).

h. Pengkajian Fungsional

Pengukuran kemampuan klien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Penentuan kemandirian, mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien dan menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Meliputi: Indeks Katz, Barthel Indeks, TUG.

i. Pengkajian Status Mental

Pemeriksaan status mental dengan memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan status mental merupakan pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, kemampuan

kontruksional. Terdiri dari: *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ), *Mini Mental State Exam* (MMSE) dan pengkajian emosional.

j. Data Penunjang

- 1) Hemoglobin/ hematokrit untuk mengkaji viskositas yang mengindikasikan faktor resiko, seperti hiperkoagubilitas dan anemia.
- 2) BUN/Kreatinin memberi informasi tentang fungsi atau perfusi ginjal.
- 3) Glukosa pada hiperglikemi dapat mencetus kadar katekolamin
- 4) Kalium serum pada hipokalemia dapat mengidikasikan adanya aldosteron utama.
- 5) Kalsium serum pada peningkatan kalsium dapat menyebabkan hipertensi.
- 6) Kolesterol dan kadar trigliserida serum yang meningkat dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromastosa.
- 7) Pemeriksaan tiroid, pada kasus hipertiroid dapat menyebabkan hipertensi karena vasokonstriksi.
- 8) Asam urat yang berlebih telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
- 9) Steroid urin yang meningkat mengindikasikan hiperadrenalisme.

- 10) Foto dada, dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katup, deposit pada takik aorta, serta pembesaran jantung.
- 11) CT-Scan: mengkaji tumor serebral, feokromositoma.
- 12) EKG : dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, dan gangguan konduksi, dan peninggian gelombang P mengindikasikan tanda dini hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan hipertensi:

- a. Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas jantung
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia
- c. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- d. Gangguan pola tidur b.d nyeri
- e. Risiko jatuh b.d perubahan fungsi kognitif

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0008)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan	Perawatan jantung (SIKI hal. 317 I.02075) Tindakan 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung

		<p>kriteria hasil tekanan darah membaik dengan kriteria hasil: (L.0200)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Bradikardia menurun 3. Takikardi menurun 4. Gambaran EKG aritmia menurun 5. Lelah menurun 6. Edema menurun 7. Distensi vena Jugularis menurun 8. Dispnea menurun 9. Batuk menurun 10. Murmur jantung menurun 11. Berat badan menurun 12. Tekanan darah membaik 13. Capillary refill time (CPT) membaik 14. Central venous pressure membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen, monitor keluhan nyeri dada 7. Monitor ekg 12 sadapan 8. Monitor aritmia 9. Monitor nilai labolatorium jantung 10. Monitor fungsi alat pacu jantung 11. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah akativitas 12. Periksa tekana darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat <p>Terurapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 14. Berikan diet jantung yang sesuai gunakan stocking elastis atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi 15. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 16. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
--	--	---	---

			<p>17. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>18. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Edukasi</p> <p>19. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>20. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>21. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>22. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>23. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intek dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>24. Kolaborasi pemberian antiaritmia</p> <p>25. Rujuk ke program reabilitas jantung</p>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan tekanan darah meningkat (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.08066)</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun</p> <p>2. Meringis menurun</p> <p>3. Sikap protektif menurun</p> <p>4. Gelisah menurun</p> <p>5. Kesulitan tidur menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p>

		<p>6. Frekuensi nadi membaik</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p>
--	--	---

			<p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahaman (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

			<p>12. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: (L.05045)</p> <p>1. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Modifikasi lingkungan</p> <p>6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>8. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>

			<p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
5.	Risiko jatuh berhubungan dengan perubahan fungsi kognitif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: (L.14138)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

		<p>7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>8. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>11. Gunakan alat bantu berjalan</p> <p>12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna

membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, dimana rencana keperawatan dilaksanakan; melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan (Susanti et al., 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, proses yang kontinue yang penting untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respon pasien untuk menentukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien (Susanti et al., 2020).

Tujuan dari evaluasi adalah menilai keberhasilan dari tindakan perawatan, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan dan mencegah masalah- masalah yang mungkin timbul lagi. Ada dua evaluasi yang ditemukan yaitu:

- 1) Evaluasi Formatif adalah evaluasi dilakukan sampai tujuan tercapai.
- 2) Evaluasi Sumatif adalah metode evaluasi menggunakan SOAP (Beatrik, 2019)

1.10 Critical Evidence Based Practice

Evidence-based practice (EBP) merupakan metode pendekatan perawatan profesional untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Sebagian besar perawat meyakini EBP berdampak positif pada kualitas perawatan dan kepuasan kerja (Hidayat *et al* , 2019). Evidenced-based practice (EBP) berperan secara integral dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan telah diakui secara internasional sebagai pendekatan problem solving yang ideal serta menekankan pada penerapan penelitian terbaik, membantu profesional kesehatan tetap up to date dan membuat keputusan perawatan kesehatan yang lebih baik. EBP merupakan landasan praktik keperawatan sebagai sarana untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien (American Academy of Nursing, 2020). Secara internasional, *World Health Organization* (WHO) dan Komisi Eropa menekankan bahwa layanan kesehatan dan sosial harus didasarkan pada bukti penelitian terbaik (WHO, 2020). Praktik pelaksanaan EBP telah dilakukan oleh sebagian besar rumah sakit di negara-negara Eropa, Australia, dan Amerika serta Asia khususnya Taiwan (Rahmayanti, Kadar, & Saleh, 2019).

EBP dalam penyusunan karya tulis ilmiah akhir Ners ini disusun sesuai masalah utama pada topik yang diambil yaitu tentang asuhan keperawatan pada Tn. R dengan intervensi keperawatan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender pada leher terhadap penurunan nyeri kepala pada pasien hipertensi . Metode yang digunakan dalam penyusunan EBP ini adalah dengan literature review melalui penelusuran artikel yang bersumber dari

electronic data base mencakup Google Scholar. Melalui pencarian dengan kata kunci asuhan keperawatan, hipertensi, dan penerapan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri kepala. Penulis menemukan beberapa artikel. Kemudian, peneliti hanya menjaring artikel yang dipublikasikan dalam kurun waktu antara tahun 2019-2023 sebanyak 4 artikel. Artikel yang masuk inklusi menjawab penyusunan karya tulis ilmiah minimal 3 artikel. Data yang diperoleh kemudian disusun secara sistematis, ditelaah, dibandingkan satu-sama lain dan dibahas literatur terkait.

Hasil dari penelusuran artikel didapatkan bahwa dari ketiga artikel penelitian yang dilakukan dalam artikel penelitian yang terpilih menunjukkan bahwa asuhan keperawatan dengan hipertensi dengan penerapan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender pada leher terhadap penurunan intensitas nyeri kepala. Adapun artikel terkait adalah sebagai berikut:

Terdapat beberapa penelitian yang mendasari dilakukannya tindakan keperawatan dalam penelitian ini. Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Salah satu gejala hipertensi adalah nyeri kepala, di tengkuk dan leher. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender guna untuk menurunkan intensitas nyeri.

Penelitian yang dilakukan oleh Latipah dkk., (2021) membuktikan bahwa pemberian terapi relaksasi otot progresif dan aromaterapi lavender dengan durasi satu kali setiap hari selama waktu 7 hari efektif menurunkan tekanan darah sistolik 22,95 mmHg dan tekanan diastolik 11,5 mmHg⁷.

Kesimpulan : Dari 3 artikel yang di dapat melalui penelusuran yang bersumber dari electronic data base mencakup *google scholar* telah di analisa. Berikut pembahasan hasil *review* 3 artikel penelitian dari peneliti terkait Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri kepala sebagai berikut :

Hasil menunjukan bahwa menurut Arfah May Syara, (2021) skala nyeri pasien hipertensi sesudah dilakukan terapi Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender, dikatakan sedang 12 orang responden (85.7%), berat 2 orang responden (14.3%) dengan standar deviasi 0.426. Pasien hipertensi yang *mengalami* nyeri leher berat mengalami penurunan dari skala 6 menjadi skala 4, sebelum diberikan perlakuan sebanyak 10 orang, setelah diberikan perlakuan sebanyak 2 orang. Penerapan untuk Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender pada pasien hipertensi terus dilakukan untuk terapi non farmakologi yang dapat dilakukan oleh masyarakat di rumah.

Hasil penelitian menurut Syiddatul B. (2019). Menunjukkan bahwa skala nyeri kepala hipertensi pada lansia mengalami nyeri ringan sebanyak 29 orang (75%), 9 orang nyeri sedang(25%), dan tidak ada orang yang mengalami nyeri berat terkontrol setelah dilakukan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender ini menunjukkan bahwa terjadi

penurunan skala nyeri dari skala 5 menjadi skala 3 setelah diberikan Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender.

Hasil penelitian menurut Fx Oscar Valerian (2021). Menunjukkan, setelah pemberian Teknik relaksasi otot progresif dan aroma terapi lavender pada leher selama durasi satu kali setiap hari intensitas nyeri kepala sebelum penerapan berada pada skala nyeri 4 dan setelah penerapan skala nyeri 3.

Berdasarkan pada 3 artikel di atas penelitian yang telah di analisa memiliki isi yang relevan terhadap pembahasan karya tulis ilmiah, bahwa Teknik relaksasi otot progresif dapat menurunkan intensitas nyeri kepala terhadap penderita hipertensi.