

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 120-139 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80-89 mmHg. Hipertensi resisten didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik persisten >160 mmHg meskipun diberikan regimen obat antihipertensi.

- a. Biasanya dimulai sebagai penyakit yang ringan, perlahan berkembang ke kondisi yang parah atau berbahaya.
- b. Terdiri dari dua jenis utama; Hipertensi esensial (disebut sebagai hipertensi primer atau idiopatik) dan Hipertensi sekunder, yang terjadi sebagai akibat penyakit tertentu misalnya penyakit ginjal (Sahrudi, 2021).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik	Diastolik (mmHg)
Tekanan darah normal	120 – 129	80 -89
Tinggi	130 – 139	89
Hipertensi derajat I	140 – 159	90 -99
Hipertensi derajat II	> 160	> 100
Hipertensi derajat III	> 180	> 110

(Sumber : Sahrudi, 2021)

2. Etiologi

Menurut Sahrudi (2021) Hipertensi disebabkan oleh penyempitan arteri yang lebih kecil (arteriol), sehingga darah memberikan tekanan yang lebih besar pada dinding pembuluh darah. Terdapat beberapa faktor penyebab hipertensi :

- a. Faktor yang dapat dimodifikasi
 - 1) Asupan natrium tinggi.
 - 2) Asupan kalium, kalsium, dan magnesium rendah.
 - 3) Obesitas.
 - 4) Alkohol.
 - 5) Stress.
 - 6) Gaya hidup kurang gerak.
 - 7) Merokok.
- b. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi
 - 1) Genetik.
 - 2) Riwayat keluarga.
 - 3) Usia.
 - 4) Ras.

3. Tanda dan gejala

Klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala jika ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin).

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apa pun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien (transient ischemic attack TIA) yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

Menurut Aspiani (2016) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.

- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

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

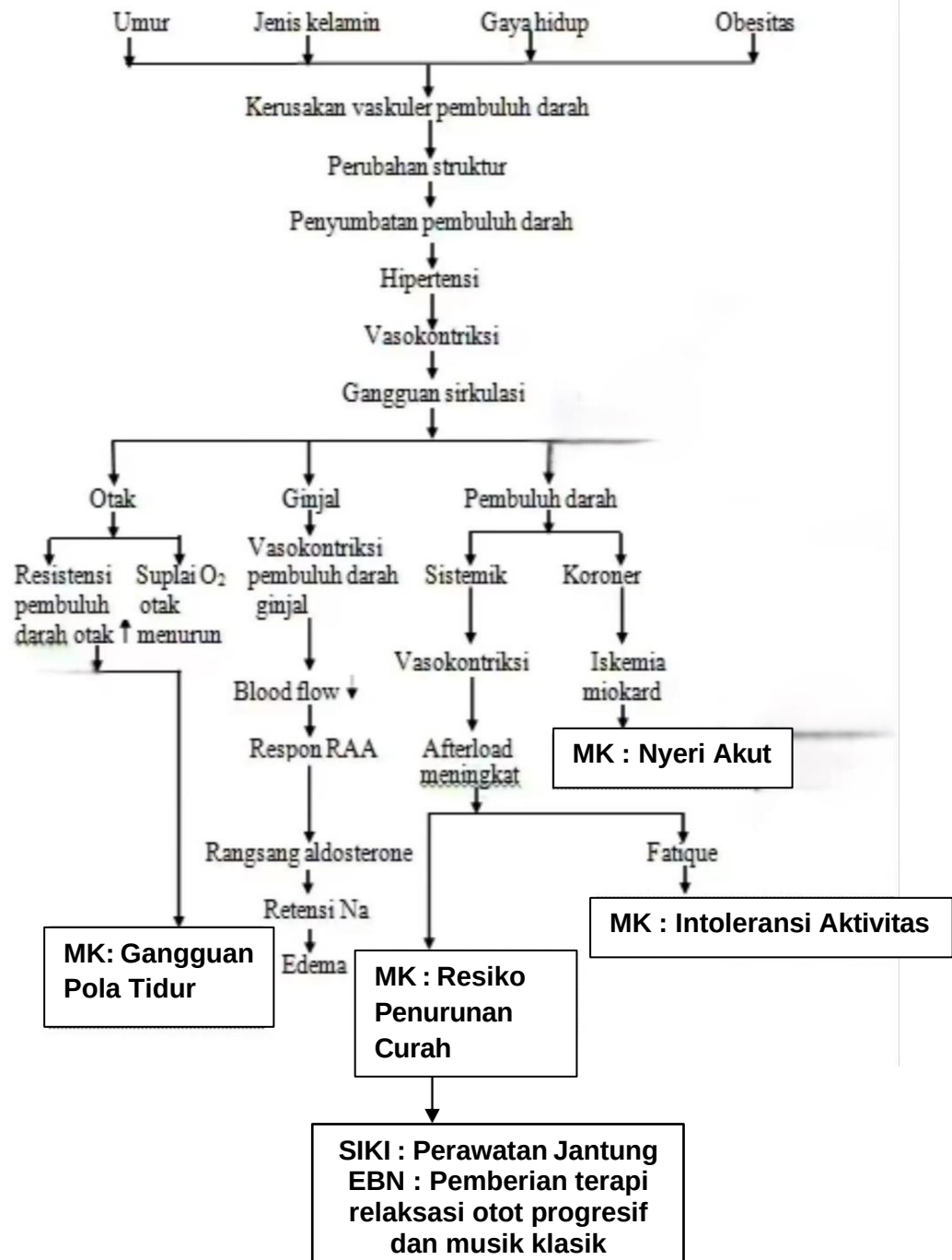
4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi (Aspiani, 2016).

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi Sumber :
Aspiani (2016)

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

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

b. EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri.
- 2) Iskemia atau infark miokard.
- 3) Peninggian gelombang P.
- 4) Gangguan konduksi.

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
- 2) Pembendungan, lebarnya paru.
- 3) Hipertrofi vaskuler ginjal (Aspiani, 2016).

7. Penatalaksanaan

a. Umum

- 1) Modifikasi gaya hidup, misalnya; kontrol berat badan, batasi konsumsi alkohol, berhenti merokok, olahraga teratur.
- 2) Diet rendah lemak jenuh dan rendah natrium.
- 3) Diet kalsium, magnesium, dan kalium yan adekuat.

b. Pengobatan

- 1) Diuretik seperti furosemide, hidroklorotiazid, dan indapamide.
- 2) Penghambat beta-adrenergik seperti atenolol dan metoprolol.
- 3) Penghambat saluran kalsium, seperti nifedipin, felodipin dan nisoldipin.
- 4) Penghambat *Angiotensin-converting enzyme (ACE)*, seperti benazepril, kaptopril, dan enalapril.
- 5) Penghambat alfa, seperti doksazosin, dan prazosin.
- 6) Vasodilator, seperti hidralazin dan minoksidil.
- 7) Penghambat reseptor angiotensin, seperti olmesartan, kandersatan dan irbesartan.

- 8) Antagonis aldosterone, seperti eplerenon, dan spironolakton.
- 9) Kombinasi penghambat alfa dan beta, seperti karvedilol dan labetalol.
- 10) Antagonis reseptor alfa, seperti klonidin (Sahrudi, 2021).

8. Komplikasi

- a. Penyakit jantung (hipertrofi ventrikel, penyakit jantung koroner).
- b. Gagal ginjal.
- c. Kebutaan.
- d. Stroke (Sahrudi, 2021).

B. Konsep Dasar Terapi Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi

Relaksasi otot progresif adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot progresif ini dilakukan secara berturut-turut. Pada saat melakukan relaksasi otot progresif ini perhatian pasien akan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika kelompok otot dalam kondisi tegang.

Relaksasi otot progresif merupakan suatu prosedur untuk mendapatkan relaksasi pada otot melalui dua langkah, yaitu memberikan tegangan pada suatu kelompok otot dan menghentikan tegangan tersebut kemudian memusatkan perhatian terhadap bagaimana otot tersebut menjadi rileks, merasakan sensasi rileks dan ketengan menghilang. Relaksasi otot progresif sebaiknya dilakukan 2 jam setelah makan untuk menghindari rasa ngantuk (Mutiawati, 2020).

2. Klasifikasi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Mutiawati (2020) relaksasi otot progresif dibagi menjadi 3 yaitu :

a. *Relaxation via tension- relaxation*

Metode ini digunakan agar individu dapat merasakan perbedaan antara saat-saat otot tubuhnya tegang dan saat otot tubuhnya lemas. Otot yang dilatih adalah otot lengan, tangan, bisep, bahu, leher, wajah, perut dan kaki.

b. *Relaxation via letting go*

Metode ini merupakan tahap lanjutan dari *Relaxation via tensionrelaxation* yaitu latihan untuk memperdalam dan menyadari relaksasi.

c. *Differential relaxation*

Differential relaxation adalah salah satu penerapan keterampilan relaksasi progresif dimana tidak hanya menyadari kelompok otot yang diperlukan untuk melakukan aktifitas tertentu saja tetapi juga mengidentifikasi dan lebih menyadari otot-otot yang tidak perlu untuk melakukan aktifitas.

3. Tujuan Relaksasi Otot Progresif

Tujuan relaksasi otot progresif adalah sebagai berikut (Mutiawati, 2020):

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi disritmia jantung.
- c. Mengurangi kebutuhan oksigen.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran.
- e. Memperbaiki kemampuan mengatasi stress.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan dan gagap ringan.
- g. Membangunkan emosi positif dan negatif.

4. Pelaksanaan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot, selama latihan pasien berfokus pada ketegangan dan relaksasi kelompok otot pada wajah, leher, bahu, dada, tangan, lengan, punggung, perut dan kaki. Meregangkan otot secara progresif dimulai dengan menegangkan dan meregangkan kumpulan otot terutama tubuh

dengan cara ini, maka akan disadari dimana otot itu berada dan hal ini akan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh terhadap ketegangan. Pelaksanaan terapi ini harus memperhatikan elemen penting yang diperlukan untuk rileks yaitu lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman, sikap yang baik. Lingkungan yang tenang diperlukan sehingga pasien dapat berkonsentrasi pada relaksasi otot termasuk membatasi gangguan suara- suara, dan pencahayaan. Posisi yang nyaman memberikan dukungan bagi tubuh. Latihan dianjurkan dilakukan 2 jam setelah makan untuk mencegah rasa mengantuk setelah makan. Berstain dan Borkovec menganjurkan menggunakan 10 sesi untuk latihan relaksasi otot progresif. Namun beberapa penelitian mengatakan bahwa dengan sedikitnya 3 sesi latihan sudah menunjukkan efek positif terapi (Mutiawati, 2020).

5. Prosedur Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Rosdiana, dkk (2019), prosedur pemberian terapi relaksasi otot progresif sebagai berikut:

- a. Bina hubungan saling percaya, jelaskan prosedur, tujuan terapi pada pasien.
- b. Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.
- c. Posisikan pasien berbaring atau duduk di kursi dengan kepala ditopang.
- d. Persiapan klien :
 - 1) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan pengisian lembar persetujuan terapi kepada klien.
 - 2) Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang.
 - 3) Lepaskan aksesoris digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu.
 - 4) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.
- e. Prosedur pelaksanaan relaksasi otot progresif
 - 1) Pastikan pasien rileks dan mintalah pasien untuk memposisikan dan fokus pada tangan, lengan bawah, dan otot bisep, kepala, muka, tenggorokan, dan bahu termasuk pemusatan pada dahi, pipi, hidung,

mata, rahang, bibir, lidah, dan leher. Sedapat mungkin perhatian diarahkan pada kepala karena secara emosional, otot yang paling penting ada di sekitar area ini.

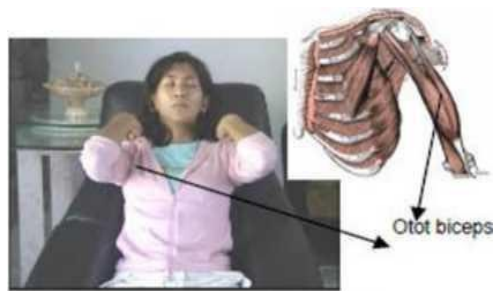
- 2) Anjurkan klien untuk mencari posisi yang nyaman dan ciptakan lingkungan yang nyaman.
- 3) Bimbingan klien untuk melakukan teknik relaksasi (prosedur di ulang paling tidak satu kali). Jika area tetap, dapat diulang lima kali dengan melihat respon klien.
- 4) Anjurkan pasien untuk posisi berbaring atau duduk bersandar. (sandaran pada kaki dan bahu).
- 5) Bimbing pasien untuk melakukan latihan nafas dalam dan menarik nafas melalui hidung dan menghembuska dari mulut seperti bersiul.
- 6) Kepalkan kedua telapak tangan, lalu kencangkan bisep dan lengan bawah selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk merasakan, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaksasi 12-30 detik.
- 7) Kerutkan dahi ke atas pada saat yang sama, tekan kepala mungkin ke belakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya, kemudian anjurkan klien untuk mengerutkan otot seperti kenari, yaitu cemburut, mata di kedip – kedipkan, monyongkan kedepan, lidah di tekan kelangit - langit dan bahu dibungkukan selama lima sampai tujuh detik. Bimbing klien ke daerah otot yang tegang, anjurkan klien untuk memikirkan rasanya, dan tegangkan otot sepenuhnya kemudian relaks selama 12-30 detik.
- 8) Lengkungkan punggung kebelakang sambil menarik nafas napas dalam, dan keluar lambung, tahan, lalu relaks. Tarik nafas dalam, tekan keluar perut, tahan, relaks.
- 9) Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan, relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis paha dan bokong selama lima sampai tujuh detik, bimbing klien ke daerah yang tegang, lalu anjurkan klien 10 merasakannya dan tegangkan otot sepenuhnya, kemudian relaks selama 12-30 detik.

- 10) Selama melakukan teknik relaksasi, catat respons nonverbal klien. Jika klien menjadi tidak nyaman, hentikan latihan, dan jika klien terlihat kesulitan, relaksasi hanya pada bagian tubuh. Lambatkan kecepatan latihan latihan dan berkonsentrasi pada bagian tubuh yang tegang.
 - 11) Dokumentasikan dalam catatan perawat, respon klien terhadap teknik relaksasi, dan perubahan tingkat nyeri pada pasien.
- f. Teknik Gerakan Relaksasi Otot Progresif.
1. Gerakan 1: ditunjukkan untuk melatih otot tangan.
 - a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
 - b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
 - c) Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaks selama 10 detik.
 - d) Gerakan pada tangan ini dilakukan di kedua tangan klien sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
 - e) Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kiri.
 2. Gerakan 2: ditunjukkan untuk melatih otot tangan bagian belakang.
 - a) Tekuk kedua lengan kebelakang pada pergelangan tangan sehingga otot ditangan dibagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit.



Gambar 1 Gerakan Melatih Otot Tangan

3. Gerakan 3: ditunjukkan untuk melatih otot biseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)
 - a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
 - b) Kemudian membuka kedua kepalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang.



Gambar 2 Melatih Otot Biceps

4. Gerakan 4: ditunjukkan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.
 - a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.
 - b) Fokuskan perhatian gerakan pada kontras ketegangan yang terjadi dibahu, punggung atas, dan leher.



Gambar 3 Melatih Otot Bahu

5. Gerakan 5: ditujukan untuk melatih otot-otot wajah agar mengendur
 - a) Gerakan dahi dengan mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput, lakukan selama 5 detik.
 - b) Selepas dahi, Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.
 - c) Gerakan bibir seperti bentuk mulut ikan dan lakukan selama 5-10 detik.



Gambar 4 Mengendurkan Otot Wajah

6. Gerakan 6: ditunjukkan untuk mengendurkan ketegangan yang di alami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.

7. Gerakan 7: ditunjukkan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut.
8. Gerakan 8: ditunjukkan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.
 - a) Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang kemudian otot leher bagian depan.
 - b) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.
 - c) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.
9. Gerakan 9: ditunjukkan untuk melatih otot leher bagian depan
 - a) Gerakan membawa kepala ke muka
 - b) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
10. Gerakan 10: ditunjukkan untuk melatih otot punggung
 - a) Angkat tubuh dari sandaran kursi.
 - b) Punggung dilengkungkan.
 - c) Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.
 - d) Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.



Gambar 5 Melatih Otot Punggung dan Leher

11. Gerakan 11: ditunjukkan untuk melemaskan otot dada
 - a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
 - b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan dibagian dada sampai turun ke perut, kemudian di lepas.

- c) Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
 - d) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks.
12. Gerakan 12: ditunjukkan untuk melatih otot perut
- a) Tarik dengan kuat perut ke dalam.
 - b) Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
 - c) Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.



Gambar 6 Melatih Otot Kaki

13. Gerakan 13-14: ditunjukkan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis)
- a) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang
 - b) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
 - c) Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu di lepas.
 - d) Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

C. Konsep Dasar Terapi Musik Klasik

1. Definisi

Terapi musik merupakan intervensi alami non invasive yang dapat diterapkan secara sederhana tidak selalu membutuhkan kedatangan ahli terapi, dan sudah banyak digunakan untuk meredakan kecemasan.

Terapi musik klasik memiliki berbagai pilihan lagu-lagu yang di gunakan untuk terapi dan meminimalisasi faktor latar belakang namun dari latar belakang namun dari latar belakang budaya tidak hanya dari kliennya saja namun dari latar belakang budaya terapis juga. Jika terapis dan klien memiliki faktor latar belakang budaya yang sangat berbeda di khawatirkan hal ini akan mempengaruhi proses terapi itu sendiri (Anggra, 2020).

2. Jenis Terapi Musik

Ada dua jenis terapi musik yaitu musik instrumental dan terapi musik klasik. Musik instrumental bermanfaat menjadikan badan, pikiran, dan mental menjadi lebih sehat. Musik klasik bermanfaat membuat seseorang menjadi rileks, menimbulkan rasa aman dan sejahtera, melepaskan rasa gembira dan sedih, menurunkan tingkat kecemasan pasien pra operasi dan melepaskan rasa sakit serta menurunkan stress (Anggra, 2020).

3. Mekanisme Musik Klasik Sebagai Terapi

Menurut penelitian yang dilakukan Anggra (2020), musik pertama kali di proses dilobus temporalis kemudian di kirim ke korteks asosiasi merupakan tempat paling tinggi dari proses berfikir, memori jangka panjang, bahasa, bicara, kemampuan bermusik, berhitung, keahlian motorik kompleks, daya berfikir simbolis dan abstrak. Sistem limbik bertanggung jawab terhadap pengendalian emosi memiliki tugas dalam proses belajar dan daya ingat. Sistem limbik berhubungan dengan *cigulate gyrus*, *hippocampus*, *forniks*, dan badan-badan *mamilari*, *hipotalamus*, *tratis mamilotamik*, *thalamus anterior* dan *bulbus olfaktorius*. Pada saat musik di dengarkan dan ekspresi.

Cara kerja dan syaraf otonom tersebut saling berlawanan yaitu mencetuskan atau menghambat sistem syaraf simpatis meningkatkan kontraksi secara umum dan sistem parasimpatis menurunkan kekuatan dan frekuensi kontraksi pada saat relaksasi, syaraf perasimpatis bekerja lebih dominan termasuk relaksasi pembuluh darah yang berdampak menurunkan tahanan perifer dan akhirnya tekanan darah menjadi turun.

Sistem tubuh lain yang dipengaruhi musik adalah sistem neuroendokrin, yang bertanggung jawab dalam memelihara keseimbangan tubuh melalui sekresi hormon oleh zat kimia ke dalam darah, pada saat musik di dengarkan, terdapat tiga jalur yang di dengarkan oleh sistem neuroendokrin yaitu, pertama merangsang kelenjar pituitary untuk mengeluarkan endorphine yang berguna dalam mengurangi nyeri, mempengaruhi mood, dan memori. Kedua mengurangi pengeluaran katekolamin seperti epinefrin dan neropinefrin, sehubungan dengan penularan katekolamin tersebut maka terjadi penurunan nadi, tekanan darah, dan pengaruh pengurangan

konsumsi oksigen. Ketiga, musik juga berdampak terhadap penurunan kadar kortikosteroid adrenal, *corticotrophinreleasing hormone (CRH)*, dan *adrenocortotropic hormone (ACTH)*, yang disekresi pada stress (Anggra, 2020).

4. Tindakan-Tindakan Terapi Musik.

Pelaksanaan terapi musik dapat digunakan oleh terapis langsung pada klien, yang disesuaikan untuk latihan manajemen stres (Anggra, 2020) yaitu :

- a. Latih pendengaran suara musik kurang lebih 5 menit. Ketika mendengar, rasakan vibrasi musik yang mengitari, biarkan merasakan “sinkronisasi ritmis” pada lingkungan yang harmonis.
- b. Latihan membutuhkan waktu 30 menit.
- c. Cari tempat yang nyaman dan tenang agar tidak terganggu, tempat dimana anda bisa duduk, berdiri, atau berbaring.
- d. Diam beberapa saat (3 sampai 5 menit) agar terjadi sinkronisasi ritmis dengan dunia luar.
- e. Pejamkan mata, bernafas yang panjang.
- f. Berikan nafas tenang mengikuti irama suara.
- g. Biarkan pikiran menentukan kenyamanan dalam irama suara.
- h. Tarik nafas ke dalam – keluar – lepaskan.
- i. Rasakan getaran suara yang menghilangkan ketegangan.
- j. Hembuskan ketegangan.

5. Manfaat Terapi Musik.

Manfaat terapi musik menurut Anggra (2020) yaitu :

- a. Mampu menutupi bunyi dan perasaan tidak menyenangkan.
- b. Mempengaruhi pernafasan.
- c. Mempengaruhi denyut jantung, nadi dan tekanan darah.
- d. Bisa mempengaruhi suhu tubuh manusia.
- e. Bisa menimbulkan rasa aman dan sejahtera.
- f. Bisa mempengaruhi rasa sakit.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian.

Pengkajian yang harus dilakukan pada pasien Hipertensi (Yuli 2016) meliputi :

a. Identitas Klien

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

b. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

c. Keluhan Utama

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

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. Aktivitas / Istirahat

Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton, dengan tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

h. Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi, dengan tanda : peningkatan tekanan darah, nadi denyutan jelas dari karotis, ugaris, radialis, takikardia, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda.

i. Integritas Ego

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

j. Eliminasi

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

k. Makanan / Cairan

Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun), riwayat penggunaan diuretic dengan tanda : berat badan normal atau obesitas, adanya edema.

l. Neurosensori

Gejala : Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaksis), dengan tanda : status mental, perubahan keterjagaan orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatan genggaman tangan.

m. Nyeri/Ketidaknyamanan

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

n. Pernapasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas / kerja, takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/ tanpa pembentukan sputum, riwayat

merokok, dengan tanda : Distress pernapasan / penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas tambahan (crakles/mengi), sianosis.

o. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

p. Pembelajaran / Penyuluhan

Gejala : Faktor risiko keluarga: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus. Faktor lain, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alkohol/obat.

2. Diagnosis Keperawatan

Berikut adalah diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (SDKI PPNI, 2017).

- Resiko Penurunan Curah Jantung (D.0011)
- Nyeri Akut (D.0077)
- Intoleransi Aktivitas (D.0056)
- Gangguan Pola Tidur (D.0055)

3. Intervensi Keperawatan

Berikut adalah intervensi keperawatan menurut (SIKI PPNI, 2018).

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Resiko Penurunan Curah Jantung (D.0011) Definisi : Berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan penurunan curah jantung menurun dengan kriteria hasil : 1. Perubahan tekanan darah	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi : 1. Identifikasi tanda/gejala primer/ penurunan curah jantung (kelelahan, edema)

	Gejala dan Tanda mayor: (Tidak tersedia) Gejala dan Tanda minor : (Tidak tersedia)	2. Lelah menurun 3. Distensi vena jugularis menurun (L.02008)	2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (distensi vena jugularis, kulit pucat) 3. Monitor TD 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen Terapeutik : 1. Posisikan pasien semi fowler 2. Berikan diet hipertensi yang sesuai (batasi asupan kafein kolestrol, makanan tinggi lemak) Edukasi : 1. Anjurkan aktifitas fisik secara bertahap 2. Lakukan tindakan non farmakologis 3. Berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi terhadap pasien dan keluarga Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat
--	--	--	--

2.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan Tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah dan sulit tidur 4. Frekuensi nadi meningkat Gejala dan Tanda minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika di perlukan
----	--	---	---

	5. Berfokus pada diri sendiri 6. Menarik diri 7. Diaforesis		
3.	Intoleransi Aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidalcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala dan Tanda mayor: Subjektif : 1. Mengeluh lelah Objektif : 1. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda minor : Subjektif : 1. Dipnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif : 1. Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat / setelah aktivitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat 2. Keluhan kelelahan menurun 3. Frekuensi nadi membaik (L.05047)	Manajemen Energi (I. 05178) Observasi 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 Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi

	3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis		tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
4.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas tidur akibat faktor eksternal. Gejala dan Tanda mayor: Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama .. x .. jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

	5. Mengeluh istirahat tidak cukup Gejala dan Tanda mayor: Objektif : (Tidak tersedia) Gejala dan Tanda minor : Subjektif : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif : (Tidak tersedia)	5. Keluhan pola tidur berubah menurun (L.05045)	Terapeutik 1.Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2.Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3.Tetapkan jadwal tidur rutin 4.Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi 1.Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2.Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3.Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4.Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat pasien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan (Nursalam,2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah diberi dapat menyelesaikan masalah atau belum terselesaikan. Evaluasi juga sebagai tahapan paling akhir dari proses keperawatan, pada tahap ini didapatkan hasil capaian asuhan keperawatan yang telah diberikan (Nursalam,2017).

Evaluasi memiliki beberapa tahapan sebagai berikut: evaluasi tipe formatif dan evaluasi tipe sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan saat asuhan keperawatan masih berlangsung sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi keseluruhan dan berada di bagian akhir yang ditulis di catatan perkembangan perawatan. Menurut Nursalam (2017) evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil. Evaluasi hasil asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu:

S (subjektif) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.

O (objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan.

A (*assesment*) adalah analisis yang mengacu pada tujuan asuhan keperawatan.

P (*planning*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.