

BAB 2

KAJIAN TEORI

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Menurut kemenkes RI, hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang. Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri, secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisme, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat 2 angka, angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung kontraksi (sistolik) sedangkan angka yang lebih rendah diperoleh saat jantung berelaksasi (diastolik).

Dikatakan tekanan darah tinggi jika pada saat duduk tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, atau tekanan diastolic mencapai 90 mmHg atau lebih, atau keduanya. Pada tekanan darah tinggi biasanya terjadi kenaikan tekanan sistolik dan juga diastolic, hipertensi sistolik terisolasi yaitu dimana tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih tetapi diastolic masih dalam batas normal dan kurang 90 mmHg ini sering dijumpai pada lansia.

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Etiologi hipertensi berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan menurut (Aspiani, 2014) :

A. Hipertensi primer atau hipertensi esensial

Hipertensi primer atau hipertensi esensial disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang memengaruhi yaitu : (Aspiani, 2014)

1. Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini. Faktor genetik ini tidak dapat dikendalikan, jika memiliki riwayat keluarga yang memiliki tekanan darah tinggi.

2. Jenis kelamin dan usia

Laki - laki berusia 35- 50 tahun dan wanita menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Jika usia bertambah maka tekanan darah meningkat faktor ini tidak dapat dikendalikan serta jenis kelamin laki-laki lebih tinggi dari padaperempuan.

3. Diet

Konsumsi diet tinggi garam secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi. Faktor ini bisa dikendalikan oleh penderita dengan mengurangi konsumsinya, jika garam yang dikonsumsi berlebihan, ginjal yang bertugas untuk mengolah garam akan menahan cairan lebih banyak dari pada yang seharusnya didalam tubuh. Banyaknya cairan yang tertahan menyebabkan peningkatan pada volume darah. Beban ekstra yang dibawa oleh pembuluh darah inilah yang menyebabkan pembuluh darah bekerja ekstra yakni adanya peningkatan tekanan darah didalam dinding pembuluh darah dan menyebabkan tekanan darah meningkat.

4. Berat badan

Faktor ini dapat dikendalikan dimana bisa menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas (>25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

5. Gaya hidup

Faktor ini dapat dikendalikan dengan pasien hidup dengan pola hidup sehat dengan menghindari faktor pemicu hipertensi yaitu merokok, dengan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari dan dapat menghabiskan berapa putung rokok dan lama merokok berpengaruh dengan tekanan darah pasien. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus dapat

meningkatkan tekanan darah pasien sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah pasien dalam batas stabil dan pelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

B. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular rena, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis. stenosis arteri renal menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal (Aspiani, 2014).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan; yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal. Namun, jika hipertensi yang dialami berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut:

1. Sakit kepala
2. Kelelahan
3. Mual
4. Muntah
5. Sesak nafas
6. Gelisah

7. Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung danginjal.
8. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran danbahkan koma karena terjadi pembengkakan otak.

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi tekanan darah pada dewasa :

1. Normal Dibawah : 130 mmHg Dibawah 85 mmHg
2. Normal tinggi : 130-139 mmHg 85-89 mmHg (Stadium 1)
3. Hipertensi ringan : 140-159 mmHg 90-99 mmHg (Stadium 2)
4. Hipertensi sedang : 160-179 mmHg 100-109 mmHg (Stadium 3)
5. Hipertensi berat : 180-209 mmHg 110-119 mmHg (Stadium 4)
6. Hipertensi maligna : 210 mmHg atau lebih 120 mmHg atau lebih

2.1.5 Patofisiologi Hipertensi

Tekanan arteri sistemik adalah hasil dari perkalian cardiac output (curah jantung) dengan total tahanan prifer. Cardiac output (curah jantung) diperoleh dari perkalian antara stroke volume dengan heart rate (denyut jantung). Pengaturan tahanan perifer dipertahankan oleh sistem saraf otonom dan sirkulasi hormon. Empat sistem kontrol yang berperandalam mempertahankan tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin angiotensin dan autoregulasi vaskular (Udjianti, 2010).

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di vasomotor, pada medula diotak. Pusat vasomotor ini bermula pada saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah korda spinalis dankeluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Titik neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya noreepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah (Padila, 2013).

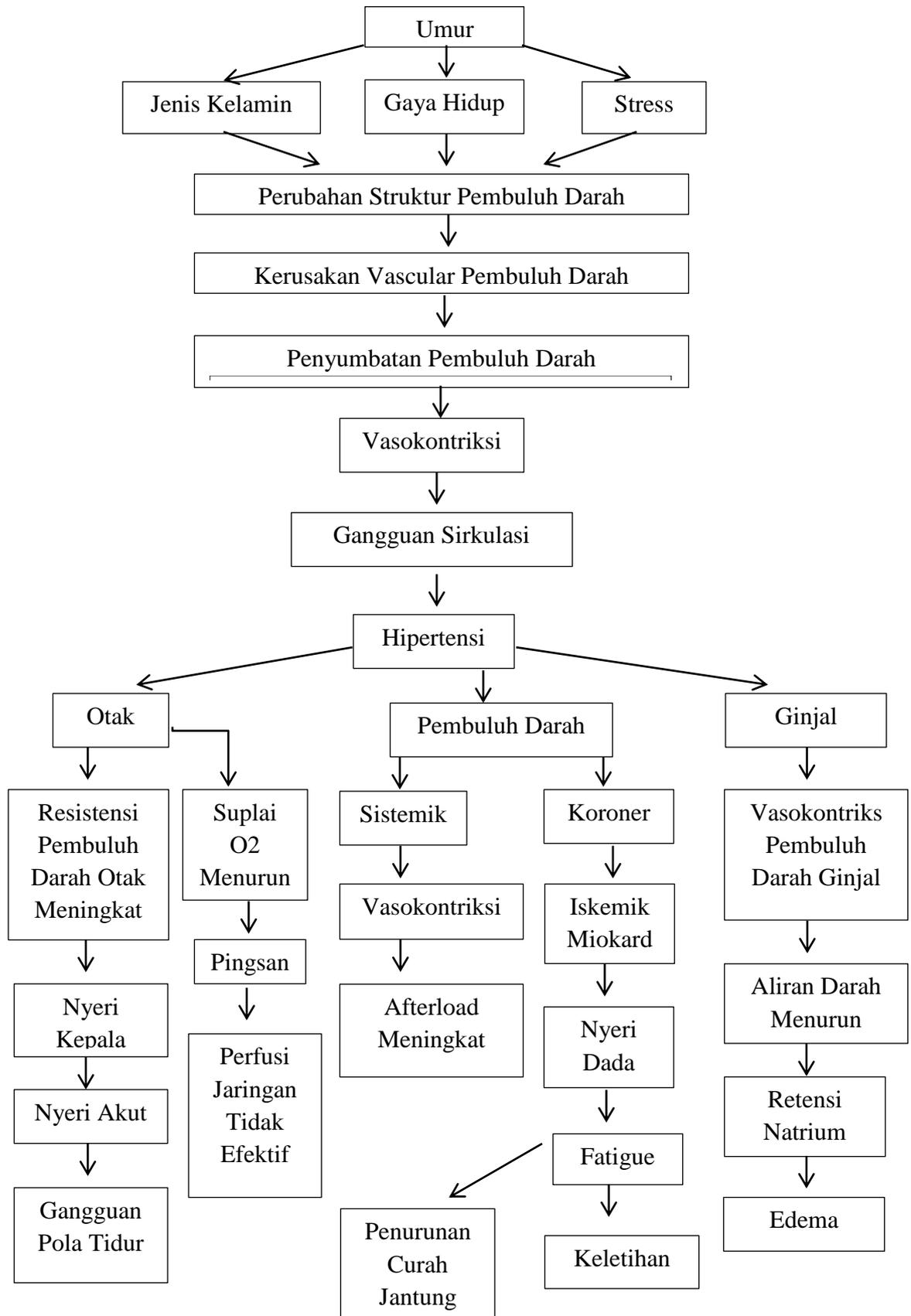
Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Padila, 2013). Meski etiologi hipertensi masih belum jelas, banyak faktor diduga memegang peranan dalam genesis hipertensi dan faktor psikis, sistem saraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium, dan air (Syamsudin, 2011).

Sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah (Padila, 2013).

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran keginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Padila, 2013).

2.1.6 Pohon Masalah Hipertensi

Gambar 2. 1 Pathway Hipertensi



2.1.7 Penatalaksanaan

Pola hidup sehat dapat mengurangi atau mencegah resiko terjadinya hipertensi yaitu dengan membatasi konsumsi garam, alcohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah-buahan, menurunkan berat badan jika mengalami obesitas, aktivitas fisik teratur dan menghindari merokok, terapi obat. Berikut adalah penjelasan dari masing-masing poin:

a. Pembatasan Konsumsi Garam

Mengonsumsi garam berlebih hanya dapat meningkatkan tekanan darah dan sebaiknya membatasi konsumsi garam dianjurkan tidak lebih dari 2gram/hari (satu sendok teh garam dapur).

b. Perubahan Pola Makan

Pada penderita hipertensi disarankan mengonsumsi makanan yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, gandum, ikan, produk susu rendah lemak serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

c. Olahraga Teratur

Olahraga teratur sangat bermanfaat untuk menurunkan resiko mortalitas kardiovaskuler. Olahraga dengan intensitas dan durasi ringan memiliki efek untuk menurunkan tekanan darah lebih kecil dibandingkan dengan olahraga intensitas sedang atau tinggi. Pada penderita hipertensi dianjurkan untuk berolahraga setidaknya 30 menit dengan intensitas sedang seperti: Berjalan, jogging, atau bersepeda.

d. Menghindari Rokok

Rokok yang diserap oleh tubuh dan memasuki paru-paru, beresiko akan menyebar keseluruh tubuh dan dapat meningkatkan resiko penumpukan zat pada jantung. Apabila jantung mengalami sumbatan maka akan memperbesar resiko terjadinya hipertensi.

e. Terapi Obat Ada lima golongan obat anti hipertensi utama yang di rekomendasikan yaitu: ACE, ARB, CCB, diuretic dan beta bloker (Indonesia, 2019)

Selain itu penerapan teknik nonfarmakologis juga dapat dilakukan untuk mengatasi hipertensi. Menurut jurnal yang ditulis oleh (Sulistiawati,

2025) salah satu terapi nonfarmakologis yang efektif untuk menurunkan tekanan darah atau hipertensi adalah terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT). Terapi ini menggabungkan unsur spiritual dan energi tubuh yang dilakukan dengan tapping pada titik-titik tertentu ditubuh.

2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian

Menurut PPNI, (2016) Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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. Diagnosis nyeri akut memiliki kode D.0077 dengan kategori psikologis dan sub kategori nyeri dan kenyamanan.

2.2.2 Faktor Penyebab

Faktor penyebab seseorang mengalami nyeri akut tergantung dari kondisi yang dialami. Beberapa faktor yang menyebabkan nyeri akut menurut PPNI, (2016) diantaranya:

1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.2.3 Tanda dan Gejala

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

1. Mengeluh nyeri

b. Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menahan nyeri)

3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

a. Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

2.3 Konsep Lanjut Usia (Lansia)

2.3.1 Definisi Lansia

Lanjut usia disebut juga dengan lansia adalah kondisi seseorang dengan usia lebih dari 60 tahun (Kemenkes, 2024). Mujiadi & Rachmah, (2022) menjelaskan bahwa setiap makhluk hidup akan mengalami semua proses yang dinamakan menjadi tua atau menua dimana proses ini bukan bagian dari penyakit, tetapi proses yang terjadi secara berangsur dengan perubahan kumulatif, dimana terdapat proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Definisi lain dari lansia menurut Nyandra, (2019) merupakan fase lanjut atau fase akhir dari perjalanan makhluk hidup termasuk manusia dari bayi, anak, dewasa, dan lansia. Sehingga lansia adalah seorang yang telah mengalami

proses kehidupan bayi, anak, dewasa, dan lansia yang memiliki usia diatas 60 tahun.

2.3.2 Batasan Umur Lansia

Mujiadi & Rachmah, (2022) dalam bukunya tentang batasan umur pada lansia dibedakan menjadi beberapa klasifikasi diantaranya:

A. Klasifikasi Lansia menurut WHO, 2013

1. Usia pertengahan (middle age), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
2. Lansia (elderly), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
3. Lansia muda (young old), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
4. Lansia tua (old), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
5. Lansia sangat tua (very old), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

B. Klasifikasi Lansia menurut Depkes RI, 2013

1. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun
2. Lansia adalah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih
3. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
5. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.3.3 Ciri-Ciri Lansia

Menurut Mujiadi & Rachmah, (2022) ciri-ciri lansia terbagi menjadi empat yang meliputi:

A. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses

kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi

B. Lansia memiliki status kelompok

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif

C. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

D. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk.

2.1 Konsep *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT)

2.4.1 Pengertian *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT)

Spiritual Emotional Freedom Technique atau biasa disebut SEFT adalah sebuah teknik kombinasi antara pembebasan emosi dengan spiritualitas dalam diri seseorang (Maryana, 2019). Definisi lain dari terapi SEFT menurut Sholihah, (2022) adalah salah satu bentuk terapi non farmakologi penggabungan sistem energi tubuh dengan terapi spiritual dengan teknik tapping atau ketukan ringan pada titik-titik tertentu di

tubuh. SEFT dapat diartikan sebagai bentuk terapi non farmakologis untuk pembebasan emosi seseorang dengan melakukan kombinasi antara sistem energi tubuh dan spiritualitas seseorang dengan melakukan ketukan ringan pada bagian tubuh tertentu.

Maryana, (2019) menjelaskan bahwa prinsip kerja terapi SEFT mirip dengan akupuntur dan akupresur yaitu merangsang titik kunci pada 12 jalur energi tubuh. Namun pada teknik SEFT dikombinasi dengan unsur spiritual, cara yang lebih aman, mudah, cepat dan sederhana, karena hanya menggunakan ketukan ringan (tapping). Pada aspek spiritual yang digunakan dalam terapi SEFT dilakukan dengan cara doa pada masing-masing tahap, yaitu tahap set up, tahap tune in, dan tapping (Maryana, 2019). Dalam pelaksanaan kombinasi ini akan menimbulkan efek netralisir emosi-emosi negatif dan sakit fisik yang ada dalam diri pasien.

Di dalam ilmu keperawatan, terapi SEFT ini termasuk kedalam kategori terapi komplementer (Taslim & Astuti, 2021). Taslim & Astuti, (2021) menjelaskan bahwa terapi komplementer diartikan sebagai terapi pendukung dari pengobatan konvensional, terapi komplementes ini merupakan metode pengobatan yang diberikan di luar pengobatan medis konvensional itu sendiri. Terapi Komplementer menurut Agustin, (2022) adalah pelengkap terapi medis konvensional, namun bukanlah pengobatan alternatif. Sehingga terapi SEFT tidak bisa menggantikan pengobatan konvensional, namun dapat digunakan sebagai pendukung pengobatan dengan tujuan untuk membantu pasien merasa lebih baik (Agustin, 2022).

Pelaksanaan terapi SEFT dengan hasil yang maksimal memang akan lebih baik dilakukan oleh orang dengan kualifikasi terapis, dalam hal ini adalah trainer SEFT yang berpengalaman. Hal ini dikarenakan terapis akan lebih mampu menguasai materi SEFT dengan baik dan maksimal sehingga mampu menghidupkan suasana (Maryana, 2019). Namun perlu diketahui juga bahwa keberhasilan terapi SEFT tergantung pada keyakinan terapis maupun pasien. Maryana, (2019) menjelaskan bahwa asalkan terapi

dan pasien sama-sama yakin dan percaya diri dalam melakukan terapi maka terapi SEFT akan tetap efektif.

2.4.2 Manfaat Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)

Dalam Buku SEFT yang ditulis oleh (Maryana, 2019), manfaat dalam melakukan terapi SEFT dibagi menjadi empat sebagai berikut:

1. Kebanggaan (*Greatness*)

Terapi SEFT yang dilakukan secara maksimal mampu meningkatkan kebanggaan dan rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa terhadap dirinya. Hal ini secara psikologis membuat seseorang dapat percaya diri terhadap setiap potensi diri yang dimilikinya.

2. Sukses (*Success*)

Terapi SEFT mampu memberikan motivasi kepada seseorang bahwa kesuksesan itu pasti ada. Motivasi yang berhasil dapat meningkatkan semangat dan usaha seseorang dalam meraih tujuan hidup, cita-cita, maupun kesuksesan.

3. Kebahagiaan (*Happiness*)

Terapi SEFT dapat meyakinkan seseorang bahwa dalam hidup ini seluruh manusia dapat bahagia. Sugesti yang didapatkan dalam hal ini seperti ketika kondisi seseorang sedang merasa sedih, jatuh, maupun gundah gulana sehingga dengan adanya SEFT dapat meyakinkan seseorang harus hidup dengan bahagia.

4. Kesembuhan (*Healing*)

Segala penyakit pasti ada penawarnya, tetapi kesembuhan itu hanya kehendak Tuhan Yang Maha Esa. Terapi SEFT disini berperan dalam meningkatkan kualitas hidup dan sugesti kesembuhan bagi seseorang yang memiliki penyakit. Terapi SEFT sebagai penunjang kesembuhan ini dimaksudkan agar setiap seseorang yang memiliki penyakit dapat menikmatinya dan menerimanya tanpa keputusasaan. Terapi SEFT ini meyakinkan kepada kita bahwasannya dalam menjalani setiap terapi untuk kesembuhan kita harus senantiasa berdoa dan menyerahkan diri

kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwasannya kunci kesembuhan utama berada pada Tuhan.

Setelah seseorang melakukan terapi SEFT menurut Sholihah, (2022) sangat membantu pasien untuk merasakan keseimbangan dan hubungan dengan sebuah energi yang lebih besar sehingga dapat memberikan manfaatnya dalam berbagai aspek utamanya membantu pasien mencapai tugas spiritual dan mendapatkan respon relaksasi, mengaktifkan jalur neurologis dalam proses penyembuhan diri, menimbulkan rasa percaya diri dan merasakan kehadiran Allah SWT.

2.4.3 Langkah-Langkah Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)

Sholihah, (2022) menjelaskan bahwa langkah-langkah dalam pelaksanaan terapi SEFT terdiri dari tiga tahapan yaitu *the set-up*, *the tune-in* dan *the tapping*. Seluruh tahapan dilakukan dengan total durasi 20 menit (Rachmanto & Pohan, 2021). Masing – masing tahapan tersebut meliputi:

1. *The Set Up*

Pada tahapan ini pasien disiapkan untuk menetralkan psychological reversal yaitu pasien diminta untuk menghilangkan pikiran negatif dalam dirinya seperti pikiran yang mau menyerah terhadap penyakit yang dideritanya, tidak ada motivasi pada dirinya untuk berobat, dan sebagainya. Apabila pikiran negatif seperti itu muncul, maka pasien diminta untuk berdoa dan pasrah kepada tuhan sebanyak 3 kali dengan meletakkan telapak tangan ke dada (sore spot).

2. *The tune-in*

Pada tahapan ini pasien diminta memasukkan rasa sakitnya ke dalam pikirannya (pikiran dan mulut bersamaan), sebagai contoh Ya Tuhan... saya pasrah kepada Mu atas kesembuhan saya.

3. *The tapping*

Pada tahap tapping dilakukan dengan mengetuk ringan menggunakan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh sebanyak kurang lebih 5-7 kali ketukan dengan sambil melakukan tune-in. Tujuan ketukan ini

adalah menetralsir gangguan emosi atau rasa sakit yang dirasakan. Adapun titik – titik untuk tapping ini sebagai berikut :

- a. Kepala : atas kepala (*crown point*), permulaan alis mata (*eye brown*), di atas tulang di samping mata (*lateral canthus*), 2 cm di bawah kelopak mata, tepat di bawah hidung, diantara dagu dan bagian bawah bibir (*chin point*).
- b. Dada : ujung tepat bertemunya tulang dada, *collar bone* dan tulang rusuk pertama (*collar bone*), di bawah ketiak sejajar dengan puting/*nipple*, 2,5 cm di bawah puting.
- c. Tangan : di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan (*inside of hand*), di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan, ibu jari di samping luar bagian bawah kuku, jari telunjuk di samping bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari), jari tengah samping luar tangan bagian bawah kuku, jari manis di samping luar bagian bawah kuku (bagian menghadap ibu jari), di jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari), di samping telapak tangan (bagian bawah yang digunakan untuk mematahkan balok), dan di antar ruas tulang jari kelingking dan jari manis (Gamut spot).

Pada di titik Gamut spot ini, pasien diminta melakukan 9 gerakan untuk merangsang otak yaitu menutup mata, membuka mata, mata digerakkan dengan kuat kearah kanan bawah, mata digerakkan dengan kuat kearah kiri bawah, memutar bola mata searah jarum jam, memutar bola mata berlawanan jarum jam, bergumam dengan berirama selama 3 detik, menghitung 1,2,3,4,5 lalu bergumam lagi selama 3 detik. Setelah melakukan 9 gerakan ini, pasien diminta mengulangi lagi tapping dari titik pertama hingga ke-17. Lalu diakhiri dengan napas panjang dan menghembuskannya sambil mengucapkan rasa syukur (Alhamdulillah). Dalam melakukan terapi SEFT ini harus diimbangi dengan rasa yakin, khusyuk, ikhlas, pasrah, dan syukur agar hasil yang didapatkan semakin maksimal.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari pasien sehingga akan mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Wartolah et al, .2021)

a. Identitas klien (Cahyani et al,.2020)

Meliputi nama, umur, usia, jenis kelamin, Pendidikan, alamat, pekerjaan, agama dan suku bangsa, biasanya hipertensi terjadi pada lansia 60 tahun ke atas

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan klien pada saat ini. Biasanya klien dengan penyakit hipertensi mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk (Basuki & Others, 2017).

2. Status Kesehatan Sekarang

Biasanya Klien hipertensi pada saat melakukan aktivitas mendapat serangan nyeri kepala, mual sampai muntah ,sesak nafas,pandangan menjadi kabur (Basuki, 2017).

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu pada lansia dengan penderita hipertensi antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung coroner, ataupun stroke dan penyakit ginjal (Basuki, 2017).

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Amati riwayat penyakit yang pernah dialami keluarganya. Jika dalam keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi maka kemungkinan sebagian besar, menderita penyakit hipertensi (Basuki, 2017).

c. Riwayat Psikososial

Amati riwayat pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya, serta bagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya (Basuki,2017).

d. Riwayat Nutrisi

Amati status nutrisi pada klien, apakah klien sering mengonsumsi garam berlebihan, makan yang berlebihan/kegemukan, stress dan pengaruh lainnya seperti merokok, minum alkohol, dan mengonsumsi obat-obatan (Basuki, 2017).

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pada klien hipertensi biasanya mengalami keluhan saat selesai beraktivitas dan jika tekanan darah naik/kambuh biasanya mempunyai berat badan berlebih /obesitas. Bentuk badan seperti buah pir dan tidak ada perubahan nafsu makan. Lansia dengan hipertensi biasanya mengalami kesulitan tidur di malam hari (Muhammad Yusuf et al., 2018)

2) Pemeriksaan persystem

a) Sistem Penginderaan (Penglihatan)

Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (diplopia)/gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik.

b) Sistem Pernapasan

Frekuensi pernapasan kemungkinan akan meningkat.

c) Sistem Kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

d) Sistem Gastrointestinal

Ditemukan keluhan tidak nafsu makan, mual muntah serta terjadi penurunan berat badan.

e) Sistem Integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodul subkutan terdapat lesi, oedema serta turgor kulit klien menurun akibat penuaan.

f) Sistem Muskuloskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi didapatkan klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelelahan, kesemutan, atau kebas.

g) Sistem Genitorinaria

Terjadi gangguan pada perkemihan menunjukkan inkontinensia urin meningkat, serta penurunan fungsi ginjal, maka akan terjadi kerusakan genitorinaria.

h) System Neurologis

(1) Nervus I (Olfactorius) = penciuman.

(2) Nervus II (Opticus) = penglihatan.

(3) Nervus III (Oculomotoris) = gerak ekstraokuler mata dan konstriksi dilatasi pupil.

(4) Nervus IV (Trochlearis) = gerak bola mata ke atas ke bawah.

(5) Nervus V (Trigeminus) = sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.

(6) Nervus VI (Abducens) = gerak bola mata ke samping.

(7) Nervus VII (Facialis) = ekspresi fasial dan pengecap.

(8) Nervus VIII (Glossopharyngeus) = gangguan pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah.

(9) Nervus IX (Vagus) = sensasi faring, gerak pita suara.

(10) Nervus X (Hypoglossus) = posisi lidah.

(11) Nervus XI (Accessory) = gerakan kepala dan bahu.

f. Pengkajian Psikososial

Menurut (Marilynn E. Donges 2013) yang perlu dikaji pada pasien hipertensi, riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia, atau marah kronis.

1) Aspek Sosial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien terhadap orang lain, harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan terhadap sosialisasi

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap 1 :

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah?
- c) Apakah klien sering murung?
- d) Apakah klien khawatir?

Lanjutkan ke pertanyaan tahap dua jika jawaban "ya" lebih dari satu atau sama dengan satu.

Pertanyaan tahap II :

- a) Adakah keluhan lebih dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- b) Adakah keluhan lebih dari 1 kali dalam 1 bulan terakhir?
- c) Adakah masalah atau keluhan?
- d) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?
- e) Apakah klien menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter?
- f) Apakah klien cenderung mengurung diri? Bila lebih dari satu sama dengan satu jawaban "ya" maka masalah emosional positif (+).

g. Pengkajian Spiritual

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien, meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama.
- 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal.

h. Pengkajian Fungsional

1) Katz Indeks

Index Katz adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi

kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemulihan intervensi yang tepat (Maryam, R. Siti, dkk, 2013).

2) Modifikasi Barthel

Indeks Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dan menggunakan 10 indikator.

3) Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE).

4) Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut di bagi dalam beberapa gerakan yang perlu diobservasi ole perawat.

2.5.2 Diagnosis

Menurut PPNI, (2016) dalam suku standart diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis yang mungkin muncul adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, posisi menghindari nyeri, gelisah, dan juga sulit tidur.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup.
3. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisik dibuktikan dengan sering mengeluh lelah, letih aktivitas berkurang.
4. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan dibuktikan dengan

mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya.

2.5.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merujuk pada tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi ini dirancang berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Intervensi keperawatan dengan masalah-masalah keperawatan pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pasien dengan Hipertensi (PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Standart Luaran Keperawatan (SLKI)	Standart Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri akut Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (hipertensi)	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri membaik dengan kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Pola tidur membaik 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri menggunakan pqrst 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol ruangan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p>	<p>Pola Tidur Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 1 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sulit tidur menurun 2. Sering terjaga menurun 3. Mengeluh istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidurrutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
---	--	--

<p>Keletihan Berhubungan dengan kondisi fisik</p>	<p>Tingkat Keletihan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Aktivitas membaik 	<p>Dukungan Kepatuhan Pengobatan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kepatuhan menjalani programpengobatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 2. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu 3. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani program pengobatan 4. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 5. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 2. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani programpengobatan 3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan 4. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu
--	--	--

<p>Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya.</p>	<p>Manajmen Kesehatan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko 2. Menerapkan program kesehatan 3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkandan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
---	--	--

2.5.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana perawatan yang telah disusun untuk membantu klien dalam memperbaiki kondisi kesehatannya menuju hasil yang diharapkan (Sihaloho, 2020). Tindakan keperawatan terdiri dari dua jenis, yaitu tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri atau independen merupakan aktivitas perawatan yang dilakukan berdasarkan penilaian dan keputusan perawat sendiri, tanpa arahan atau perintah dari tenaga kesehatan lainnya. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama antara perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya.

Untuk tindakan keperawatan mandiri yang akan dilakukan pada pasien lansia dengan hipertensi adalah tindakan nonfarmakologis dengan terapi SEFT. Terapi SEFT adalah terapi komplementer sekaligus terapi

non farmakologis yang dilakukan dengan memberikan ketukan pada titik-titik tertentu pada tubuh dengan menggabungkan energi spiritual berupa doa (Maryana, 2019). Terapi ini dilakukan dengan durasi 20 menit selama 3 kali pertemuan selama 3 hari berturut-turut. Untuk pengukuran tekanan darah dilakukan sebelum dan sesudah diberikan terapi. Diharapkan dalam implementasi yang dilakukan, akan mendapatkan hasil tekanan darah yang menurun.

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan bagian dari proses keperawatan yang berkelanjutan, dimaksudkan untuk memastikan kualitas dan kecocokan perawatan yang diberikan dengan mengevaluasi respons pasien terhadap rencana keperawatan untuk menilai keefektifannya dalam memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi terbagi menjadi dua bagian, yaitu evaluasi proses yang dilakukan setelah setiap tindakan keperawatan selesai dilakukan, dan evaluasi hasil yang membandingkan tujuan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Anugrah & Sari, 2022).