

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Hipertensi

2.1.1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Hipertensi pada lansia didefinisikan dengan hasil pengukuran tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg (Sumartini et al., 2021)

2.1.2. Klasifikasi

Hipertensi usia dewasa telah diklasifikasikan dalam *Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment Of High Blood Pressure* (JVC VI) pada tahun 1997

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	TD Sistolik (mmHg)	TD Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dan <80
Normal	<130	dan <85
Tinggi-Normal	130-139	atau 85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	atau 90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	atau 100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110

Berdasarkan penyebabnya hipertensi juga dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer atau hipertensi esensial, merupakan jenis hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Ini merupakan jenis hipertensi yang paling banyak yaitu sekitar 90-95% dari insiden hipertensi secara keseluruhan. Hipertensi primer ini sering tidak disertai dengan gejala, dan biasanya gejala baru muncul saat hipertensi sudah berat atau sudah menimbulkan komplikasi. Hal inilah yang kemudian menyebabkan hipertensi dijuluki sebagai *Silent Killer*.

b. Hipertensi Sekunder

Jumlah hipertensi sekunder hanya sekitar 5-10% dari kejadian hipertensi secara keseluruhan. Hipertensi jenis ini merupakan dampak sekunder dari penyakit tertentu. Berbagai kondisi yang bisa menyebabkan hipertensi antara lain penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, hiperaldosteron maupun kehamilan. Selain itu, obat-obatan tertentu juga bisa menjadi pemicu jenis hipertensi sekunder.

2.1.3. Etiologi

a. Hipertensi Primer (esensial)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatik sistem renin. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko obesitas, merokok, alkohol, dan polistemia (Rayanti et al., 2021)

b. Hipertensi Sekunder

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui. Berikut ini beberapa kondisi yang menyebabkan hipertensi sekunder :

1. Pengaruh kontrasepsi hormonal (estrogen)

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme *renin-aldosterone-mediated volume expansion*. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah normal kembali setelah beberapa bulan.

2. Penyakit parenkim dan vaskular ginjal

Merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar 10 yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous displasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, dan perubahan struktur, serta fungsi ginjal.

3. Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi kelebihan sekunder. Adrenal-mediated hypertension disebabkan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari benign adenoma korteks adrenal. Pheochromocytomas pada medula adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang

berlebihan. Pada sindrom cushing, kelebihan glukokortikoid yang diekskresi dari korteks adrenal. Sindrom cushing's mungkin disebabkan oleh hiperplasi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikal.

4. Coarctation aorta

Merupakan penyempitan kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lekung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas area konstriksi

5. Kehamilan

6. Luka bakar

7. Peningkatan volume intravaskular

8. Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin menyebabkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, dan menyebabkan vasokonstriksi, yang mana pada akhirnya meningkatkan tekanan darah

2.1.4. Manifestasi Klinis

Tanda gejala Hipertensi berdasarkan etiologi dibedakan menjadi dua, yaitu Hipertensi Primer yang penyebabnya tidak diketahui dan tidak menunjukkan tanda gejala. Hipertensi Sekunder disertai tanda gejala seperti nyeri kepala, mual dan pingsan (Laili et al., 2022)

1. Tidak ada gejala

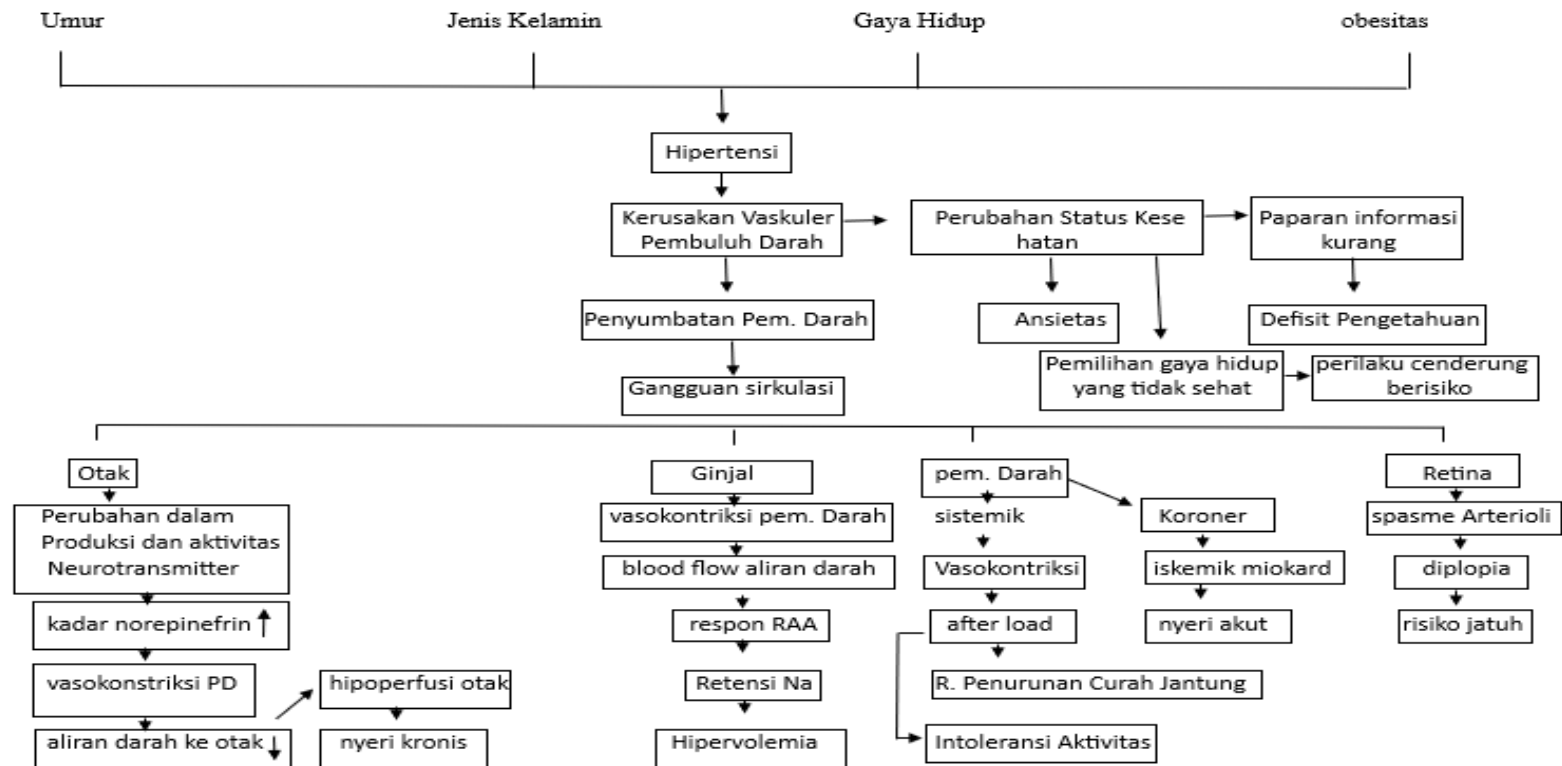
Tidak ada gejala khusus yang mungkin berhubungan dengan peningkatan tekanan darah selain pengukuran tekanan arteri oleh dokter pemeriksa, dimana hipertensi arteri tidak dapat didiagnosis tanpa mengukur tekanan arteri.

2. Gejala Umum

Gejala Umum Gejala umum yang biasanya terjadi yaitu:

- a. Pusing
- b. Sakit kepala
- c. Tinutus (telinga serasa berdengung)
- d. Penglihatan kabur
- e. Jantung berdebar
- f. Gelisah
- g. lemas
- h. Mual
- i. Muntah
- j. Kelelahan.

2.1.5. Pathway



Sumber: Rika, 2023. SDKI, 2017

2.1.6. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh Angiotensin I Converting Enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama (Rika Widianita, 2023)

Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal (Sylvestris, 2014; Prayitnaningsih et al., 2021)

Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat kompleks. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Yogiantoro, 2006; dalam Rika Widianita, 2023).

2.1.7. Penataksanaan

Menurut Wardana et al., (2020) penatalaksanaan pada penderita hipertensi mencakup dua hal yaitu terapi nonfarmakologi melalui perubahan gaya hidup dan terapi farmakologi untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi yang ditimbulkan oleh kondisi hipertensi.

a. Non farmakologi

Semua penderita hipertensi sangat dianjurkan untuk melakukan perubahan gaya hidup untuk menurunkan atau mengontrol tekanan darah.

Beberapa hal yang dapat dilakukan antara lain :

1. Diet

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kondisi hipertrofi ventrikel kiri dapat diperbaiki dengan pola makan dan gaya hidup sehat, atau dengan

kombinasi obat-obatan yang mengurangi gejala gagal jantung. Beberapa diet yang dianjurkan

- a. Diet rendah garam, dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi, mengurangi konsumsi garam dapat menurunkan stimulasi sistem renin-angiotensin sehingga berpotensi besar sebagai obat antihipertensi, asupan natrium yang direkomendasikan setara dengan 50 hingga 100 mmol atau 3 hingga 6 gram garam per hari.
- b. Diet kaya buah dan sayur, mengonsumsi banyak buah, sayuran, akan memiliki tekanan darah yang lebih stabil. Penurunan tekanan darah 12 mencapai sekitar 11 mmHg pada tekanan sistolik dan 6 mmHg pada tekanan diastolik atau hampir menyerupai efek obat.
- c. Diet rendah kolesterol, sebagai pencegah terjadinya jantung coroner.

2. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan mengatasi obesitas menurunkan tekanan darah pada beberapa orang, melalui penurunan berat badan, dapat mengurangi beban kerja jantung

3. Olahraga

Olahraga teratur, seperti jalan kaki, berlari, berenang, dan bersepeda, dapat membantu menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

4. Memperbaiki gaya hidup yang tidak sehat

Asap rokok diketahui dapat menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan meningkatkan fungsi jantung, sehingga berhenti merokok dan

menghindari alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang dari tekanan darah tinggi.

b. Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan penggunaan obat-obatan yang dikenal dengan obat antihipertensi, Menurut Depkes RI (2013) ada beberapa prinsip pemberian obat anti-hipertensi diantaranya:

1. Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan untuk menghilangkan penyebab hipertensi
2. Pengobatan hipertensi esensial ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi
3. Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat antihipertensi
4. Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang bahkan pengobatan seumur hidup
5. Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat hipertensi di puskesmas dapat diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru
6. Untuk penderita hipertensi yang baru di diagnosa (kunjungan pertama) maka diperlukan kontrol ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali
7. Pada kasus hipertensi emergensi atau urgensi tekanan darah tidak dapat terkontrol setelah pemberian obat pertama langsung diberikan terapi farmakologis kombinasi, bila tidak dapat dilakukan rujukan.

2.1.8. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

- a) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasi faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia.
- b) BUN/kreatinin : memberikan informasi tentang perpfusi/fungsi ginjal.
- c) Glucosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin
- d) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM

2. Ct scan Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati

3. EKG Dapat menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

4. IUP Mengidentivikasi penyebab hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal

5. Photo dada Menunjukan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.2.Konsep Lansia

2.2.1.Pengertian Lansia

Secara umum seorang lansia dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya sudah 65 tahun keatas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis.(Sabani, 2019)

Lanjut Usia (Lansia) merupakan proses penuaan dengan bertambahnya usia yang ditandai dengan tahapan penurunan fungsi organ tubuh seperti otak, jantung, hati dan ginjal serta peningkatan kehilangan jaringan aktif tubuh berupa otot-otot tubuh yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian(Wulandari et al., 2023)

2.2.2. Klasifikasi Lansia

Menurut WHO (2013), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut :

- a) Usia pertengahan (middle age), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
- b) Lansia (elderly), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
- c) Lansia muda (young old), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
- d) Lansia tua (old), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
- e) Lansia sanga tua (very old), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

Sedangkan klasifikasi lansia menurut Kemenkes RI (2020) adalah sebagai berikut:

- a) Pra lanjut usia : 45-59 tahun
- b) Lanjut usia : 60-69 tahun
- c) Lanjut usia risiko tinggi : >70 tahun atau >60 tahun

2.2.3. Ciri-ciri Lansia

Menurut Kholifah (2016) dalam (Mujiadi & Rachmah, 2022) terdapat beberapa ciri – ciri orang lanjut usia, yaitu :

- a) Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Sebagian pemicu terjadinya kemunduran pada lansia adalah factor fisik dan factor psikologis. Dampak dari kondisi ini dapat mempengaruhi psikologis lansia. Sehingga, setiap lansia membutuhkan adanya motivasi. Motivasi berperan penting dalam kemunduran pada lansia. Mereka akan mengalami kemunduran semakin cepat apabila memiliki motivasi yang rendah, sebaliknya jika memiliki motivasi yang kuat maka kemunduran itu akan lama terjadi.

- b) Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas

Pandangan – pandangan negatif akan lansia dalam masyarakat social secara tidak langsung berdampak pada terbentuknya status kelompok minoritas pada mereka.

- c) Menua membutuhkan perubahan peran

Kemunduran yang terjadi pada lansia berdampak pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial ataupun keluarga. Namun demikian,

perubahan peran ini sebaliknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

d) **Penyesuaian yang buruk pada lansia**

Perilaku buruk lansia terbentuk karena perlakuan buruk yang mereka terima. Perlakuan buruk tersebut secara tidak langsung membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk.

2.2.4. Masalah Lansia

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia menurut (Mujiadi & Rachmah, 2022) adalah:

a) Fisik

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit degeneratif misalnya radang persendian. Lansia juga akan mengalami penurunan pendengaran dan penglihatan, penurunan kekebalan tubuh yang mulai menurun

b) Emosional

Masalah yang biasanya dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan emosional yakni sangat kuatnya rasa ingin berkumpul dengan anggota keluarga. Kondisi tersebut perlu adanya perhatian dan kesadaran dari anggota keluarga. Ketika lansia tidak diperhatikan atau tidak dihiraukan oleh anggota keluarga maka lansia sering marah apalagi ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia.

c) Kognitif

Masalah yang tidak kalah pentingnya yang sering dihapai oleh lansia adalah masalah kognitif. Misalnya seorang lansia akan merasakan semakin hari daya ingatnya semakin melemah atau pikun

d) Spritual

Masalah yang sering dihadapi para lansia senjanya terkait dentgan perkembangan spritual adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya yang mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak mendekatkan diri pada Tuhan makan akan semakin banyak meingkatkan nilai beribadah. Lansia akan merasa kurang tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum mengerjakan ibadah. Dan mersa sedih ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya

2.3. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.3.1. Pengertian

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.3.2. Data Mayor dan Data Minor

Gejala dan tanda dari nyeri akut terbagi menjadi dua yaitu:

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a. Subjektif: mengeluh nyeri
 - b. Objektif: tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a. Subjektif: merasa takut mengalami cedera berulang
 - b. Objektif: bersikap protektif (mis: menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.3.3. Faktor Penyebab

Faktor penyebab dari nyeri akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) yaitu: kondisi muskuloskeletal kronis, kerusakan system saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, reseptor, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolic, Riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan, riwayat penyalahgunaan zat.

2.3.4. SLKI Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun

4. Gelisah menurun
5. Kesulitan tidur menurun
6. Frekuensi nadi membaik

2.3.5. SIKI Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.3.6. Alat Ukur Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2017) Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas atau skala nyeri yaitu Numeric Rating Scale (NRS). Pada alat ukur ini, pasien dapat menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10, yang mana 0 = tidak nyeri, 1-4 = nyeri ringan, 5-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri berat. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. (Andarmoyo, 2017)

2.4.Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

Pemberian Asuhan Keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal

Menurut Rika Widianita, (2023), Pengkajian pada Klien dengan Hipertensi sebagai berikut :

a) Anamnesa

1. Identitas Klien (Data Biografi)

Identitas klien meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, status, pekerjaan, alamat rumah, tanggal masuk rumah sakit, tanggal penentuan diagnosa klien. Selain itu juga dilengkapi dengan identitas penanggung jawab klien meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, pekerjaan, hubungan dengan klien serta alamat rumah.

2. Keluhan utama

Klien dengan penyakit hipertensi biasanya sakit kepala, sesak nafas, kurang nafsu makan dan mual.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan hipertensi yang mengalami peningkatan tekanan darah riwayat kesehatan saat ini biasanya pasien dengan keluhan nyeri kepala dan bagian tengkuk terasa berat, mengalami kesulitan tidur, penglihatan berkunang-kunang.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien hipertensi riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat kardiovaskuler sebelumnya, penyakit yang menahun atau sudah lama

dialami pasien, riwayat pekerjaan pasien yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya penyakit hipertensi merupakan penyakit keturunan yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik atau keturunan. keluarga belum mengerti tentang hal- hal yang menyebabkan penyakit hipertensi seperti faktor risiko keluarga penyakit jantung, penyakit ginjal, DM, penggunaan pil KB, penggunaan obat atau alkohol.

b) Pola fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

pasien mengatakan tahu tentang pentingnya kesehatan sehingga apabila ada salah satu keluarganya yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

2. Pola Nutrisi

a) Sebelum sakit

Kaji pola makan klien sebelum sakit, misalnya makan: 3 x 1 sehari (Nasi, sayur, lauk) habis 1 porsi, pasien mempunyai kebiasaan konsumsi makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi natrium, tinggi kolesterol, tinggi kalium, sebelum sakit pasien tidak ada pantangan makan. Minum: 6-7 gelas sehari (air putih, teh dan kopi).

b) Selama sakit

Kaji pola makan klien selama sakit, misalnya makan: 2 x 1 sehari, dengan menu nasi, sayur, ikan, habis ½ porsi, terjadi perubahan berat badan, pasien mengurangi konsumsi makanan yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Minum: 5-6 gelas ukuran 200 cc air putih.

3. Pola Eliminasi

Kaji pola eliminasi klien sebelum dan selama sakit, kaji frekuensi BAB dan BAK dalam sehari, Konsistensi BAB dan masalah yang di rasakan saat BAB dan BAK.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Kaji Pola Istirahat dan tidur seperti, jam tidur, berapa lama tidur malam dan tidur siang, apakah ada hal yang menghambat tidur serta kepuasan klien saat tidur.

5. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

a) Kesadaran

b) Tanda-tanda vital.

2) Pemeriksaan Head to toe

a) Wajah, ekspresi wajah: tampak sesak gelisah, kesakitan, pucat, biru.

b) Mata: simetris/tidak, konjungtiva anemis/tidak, sklera icterus tidak.

- c) Telinga: adanya peradangan, kelainan bentuk, serumen, perdarahan, benjolan.
- d) Hidung: simetris/tidak, adanya peradangan, kelainan bentuk, terdapat secret atau tidak.
- e) Mulut: bibir sianosis (pada penyakit jantung bawaan), bibir pucat (anemia), lembab atau kering.
- f) Leher: terjadi pembesaran kelenjar tiroid atau tidak.
- g) Dada: pemeriksaan menggunakan IPPA pada jantung dan paru-paru pasien.
- h) Perut: pemeriksaan menggunakan IAPP.
- i) Kulit/ekstermitas: temperatur/akral yang dingin atau hangat, terdapat sianosis atau tidak di dasar kuku, warna kulit.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita hipertensi menurut SDKI 2017 adalah sebagai berikut :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan perubahan neurotransmitter (D.0078).
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
4. Resiko Perfusi perifer Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0015).

5. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011).
6. Perilaku cenderung berisiko berhubungan dengan pemilihan gaya hidup yang tidak sehat (D.0099)
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.00111)

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri kronis (D.0078).	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. TTV membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

		2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan pola tidur (D.0055).	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur membaik. Kriteria Hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan tidak puas tidur menurun. 4. Keluhan pola tidur berubah menurun. 5. Keluhan istirahat tidak cukup menuru	Dukungan Tidur (SIKI, 1.05174) Observasi 1. Kaji pola aktivitas dan tidur. 2. 2. Kaji faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis). Terapeutik 3. Modifikasi lingkungan. 4. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. 5. Tetapkan jadwal tidur rutin. 6. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup. Edukasi 7. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 8. Anjarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. 9. Ajarkan relaksasi otot progresif.
Intoleransi aktivitas (D.0056).	Toleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Manajemen Energi (L.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

	selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria Hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat. 2. Saturasi oksigen meningkat. 3. Keluhan lelah menurun. 4. Dipnea saat aktivitas menurun. 5. Dipnea setelah aktivitas menurun.	3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Resiko Perfusi perifer Tidak Efektif (D.0015)	Perfusi Perifer (L. 02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer adekuat. Kriteria Hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat.	Perawatan sirkulasi (1.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik

	2. Warna kulit pucat menurun. 3. Edema perifer menurun. 4. Pengisian kapiler membaik. 5. Akral membaik. 6. Turgor kulit membaik.	1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi Edukasi 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
Resiko penurunan curah jantung (D.0011).	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan curah jantung	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan

	meningkat. Kriteria Hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Ejection fraction (EF) meningkat. 3. Gambaran EKG aritmia menurun. 4. Edema menurun. 5. Tekanan darah membaik. 6. CRT membaik	5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 1. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
Perilaku cenderung berisiko berhubungan dengan pemilihan gaya hidup yang tidak sehat (D.0099)	Perilaku Kesehatan (L.12107) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perilaku	Promosi perilaku upaya kesehatan (I.13484) Observasi 1. Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat digunakan Terapeutik 2. Berikan lingkungan yang mendukung Kesehatan 3. Berikan lingkungan yang mendukung Kesehatan Edukasi

	Kesehatan membaik dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah Kesehatan meningkat 2. Kemampuan peningkatan Kesehatan meningkat	4. Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari 5. Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari 6. Anjurkan tidak merokok di dalam rumah
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.00111).	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3x24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat. Kriteria Hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Verbalisasi minat belajar meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (L.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

5. Persepsi yang keliru
tentang masalah
menurun

2.4.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan& strategi implementasi keperawatan& dan kegiatan komunikasi (Zebua, 2020)

Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Zebua, 2020), yaitu :

- a. Mempertahankan keamanan klien dengan Keamanan merupakan focus utama dalam melakukan tindakan. Oleh karena, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut.
- b. Memberikan asuhan yang efektif dengan memberikan asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan semakin

baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.

- c. Memberikan asuhan seefisien mungkin dengan memberikan asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan akhir dalam proses asuhan keperawatan, evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil, evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Sumadi Kaize & Dwi Ningsih, 2022) :

1. S (subjektif), ketika perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan meskipun telah dilakukan tindakan keperawatan
2. O (objektif), data yang didapatkan dari pengamatan berdasarkan hasil evaluasi tindakan yang telah dilakukan, pengukuran yang dilakukan perawat didasarkan pada observasi langsung terhadap pasien dan apa yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan perawatan
3. A (asessment), yaitu data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan tercapai
4. P (Plan), yaitu rencana tindakan berdasarkan analisis, jika tujuan tercapai, perawat menghentikan rencana, jika tujuan tidak tercapai, perawat mengubah rencana dan melanjutkan rencana perawatan pasien. Evaluasi ini biasa disebut evaluasi

2.5.Slow Stroke Back Massage (SSBM)

2.5.1. Pengertian

Massage merupakan terapi non farmakologi yang sangat efektif dalam menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi. Massage adalah teknik penyembuhan yang ditetapkan kedalam bentuk sentuhan langsung dengan tubuh penderita untuk memberikan efek relaksasi melalui mechanoreseptor tubuh yang mengatur kehangatan, tekanan dan sentuhan menjadi mekanisme relaksasi, selain itu dapat terjadi hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat(Punjastuti & Fatimah, 2020)

Menurut Potter dalam (Wibowo, 2020) SSBM adalah tindakan massage pada punggung dengan usapan perlahan selama 3-15 menit. SSBM merupakan tindakan keperawatan mandiri perawat non farmakologi yang efektif menurunkan depresi dengan tidak mempunyai efek samping (minim risk) dibandingkan dengan farmakologi yang dapat mempengaruhi disfungsi seksual, peningkatan berat badan, dan gangguan tidur selama terapi jangka panjang

2.5.2. Manfaat

Slow stroke back massage adalah teknik pijat yang ditandai dengan pijatan yang memanjang, perlahan, gerakan meluncur dan gerakan stroking menggunakan dua tangan secara bersamaan dan berulang dari daerah sacral ke daerah cervical pada tulang belakang. Slow stroke back massage ini merupakan terapi manipulasi dengan pijatan lembut pada jaringan yang bertujuan memberikan efek terhadap fisiologis terutama pada vaskular, muskular, dan sistem saraf pada tubuh. Terapi ini tidak hanya memberikan efek relaksasi bagi pasien, namun juga bermanfaat untuk kesehatan seperti melancarkan sirkulasi

darah, menurunkan tekanan darah, menurunkan respon nyeri dan meningkatkan kualitas tidur (Sunaryanti et al., 2023)

2.5.3. Prosedur

Prosedur pelaksanaan *slow stroke back massage* menurut (Nuha, 2021), adalah:

1. Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut atau handuk untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit (lotion) untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan masase.

2. Persiapan pasien

Persiapan pasien dilakukan untuk mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien yaitu posisi pronasi atau *side lying* dengan punggung menghadap ke arah perawat. Membuka pakaian pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien, sebelum melakukan *slow stroke back massage* perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi pasien, seperti:

- a. Mengkaji kondisi kulit, apakah ada kemerahan pada kulit atau inflamasi, luka bakar, luka terbuka, dan fraktur tulang rusuk
- b. .Mengkaji tekanan darah pada klien yang memiliki hipertensi

3. Persiapan lingkungan

Mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien, mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pasien.

4. Persiapan perawat

Menjelaskan tujuan terapi pada pasien dan mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan

5. Langkah-langkah pelaksanaan SSBM masingmasing gerakan dilakukan 10 kali dalam waktu 1 menit 40 detik:

- a. Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Memulai masase dengan gerakan effleurage, yaitu masase dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali ke bawah hingga ke bokong



Gambar 2. 1 Teknik SSBM 1

- b. Gerakan kedua yaitu teknik remasan (mengusap otot bahu), dengan satu tangan menekan dan tangan satunya meremas otot yang lain, angkat jaringan sambil diputar



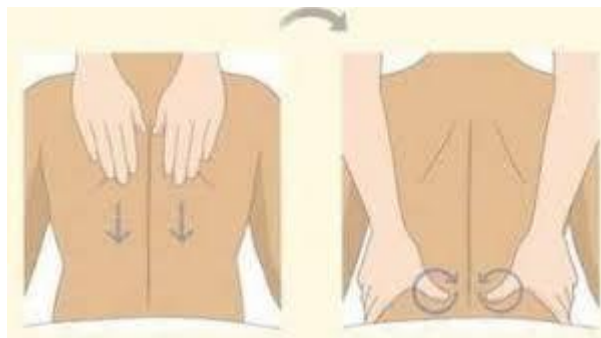
Gambar 2. 2 Teknik SSBM 2

- c. Gerakan ketiga yaitu teknik friction atau menggunakan jari atau ibu jari dengan gerakan memutar atau sirkuler, setelah itu dorong daging ke arah luar dengan secara bergantian dalam gerakan setengah lingkaran atau lurus berirama



Gambar 2. 3 Teknik SSBM 3

- d. Gerakan keempat yaitu teknik effleurage dengan kedua tangan, memberikan sentuhan sedikit menekan dari arah ilika hingga pundak atau sebaliknya



Gambar 2. 4 Teknik SSBM 4

- e. Gerakan kelima dengan teknik petrissage yaitu menekan punggung secara horizontal.

- f. Gerakan keenam yaitu teknik tapotement atau tekanan menyikat dengan menggunakan ujung jari, digunakan pada akhir massage dan berikan sentuhan massage memutar untuk mengakhiri massage



Gambar 2. 5 Teknik SSBM 6

2.5.4. Mekanisme Kerja SSBM

Gangguan sistem kardiovaskuler yang umum ditemukan pada lansia adalah hipertensi. Terapi SSBM dapat membantu memberikan sensasi rileks pada lansia dengan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis dan menurunkan aktivitas saraf simpatis. Dengan demikian, terjadilah proses vasodilatasi pada diameter arterioli. Adapun fungsi sistem saraf parasimpatis adalah merangsang pelepasan neurotransmitter asetilkolin yang berperan sebagai inhibitor pada aktivitas saraf simpatis. Kondisi yang muncul adalah terjadi penurunan pada volume sekuncup, kontraktilitas pada miokard, vasodilatasi pada vena dan arterioli. Dampak yang ditimbulkan setelah dilakukan terapi SSBM adalah menurunnya curah jantung dan denyut jantung, sehingga tekanan darah menjadi turun. Selain itu, rileksasi yang ditimbulkan oleh pemberian terapi SSBM terjadi akibat adanya stimulasi pada sistem saraf parasimpatis yang menghantarkan respon menuju axis

hipotalamus tepatnya di neurohormonal dengan melalui spinal cord. Dengan demikian terjadi sekresi hormone endorfin yang berkaitan dengan respon rileksasi (Kristiawan, 2023)

Selain menstimulasi pengeluaran hormone endorfin yang berfungsi untuk membantu vasodilatasi pembuluh darah dan menghambat transmisi stimulus nyeri, terapi SSBM dapat pula merangsang produksi hormon dopamine. Hormon ini meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis yang mana dapat memberikan efek rileks pada tubuh. Pada saat diberikan stimulasi kutaneus selama terapi SSBM, rangsang sentuhan tersebut akan dipersepsikan oleh tubuh sebagai respon rileksasi, sehingga efek yang ditimbulkan adalah nyeri menjadi berkurang (H. Nur & Thomas, 2021)

Stimulasi kutaneus pada punggung belalui terapi SSBM mampu meningkatkan kontraksi otot, sehingga memicu produksi neurotransmitter dan meningkatkan aktivitas Reticular Activating System (RAS). RAS berperan untuk menstimulasi pengeluaran hormone serotonin, endorfin, dan asetilkolin. Hormone-hormon tersebut akan memberikan perasaan nyaman dan rileks, sehingga produksi hormone kortisol dapat dihambat. Penurunan hormone kortisol dalam aliran darah berkontribusi terhadap munculnya perasaan nyaman, emosi yang stabil, pikiran lebih tenang, dan meningkatkan kualitas tidur (H. Nur & Thomas, 2021)

2.5.5. Kontra Indikasi

Masase punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah. Identifikasi juga faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka

bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk masase punggung.(Rika Widianita, 2023)