

PENGARUH KOMPRES HANGAT PADA PASIEN HIPERTENSI ESSENSIAL DI WILAYAH KERJA PUSKES KAHURPIAN KOTA TASIKMALAYA

SITI ROHIMAH, ELI KURNIASIH
Departemen Keperawatan Medikal Bedah
Prodi DIII Keperawatan STIKes BTH Tasikmalaya
e-mail: sitirohimah21@yahoo.com

ABSTRAK

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri, tand dan gejala yang muncul dari penyakit hipertensi ini adalah pusing, sakit kepala, tengkuk terasa pegal (nyeri leher), mudah marah, sulit bernapas, tengkuk terasa pegal atau nyeri leher dapat mengganggu aktivitas sehari-hari penderit hipertensi esensial. Salah satu tindakan non farmakologis untuk mengurangi atau mengatasi rasa nyeri leher yaitu kompres hangat. Kompres hangat adalah pemberian rasa hangat/panas didaerah tertentu. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kompres hangat terhadap nyeri leher pada penderita hipertensi esensial. Metode penelitian: jenis penelitian ini termasuk jenis penelitian quasi eksperimen dengan desain pre test dan post test with control group. Besaran sampel sebanyak 40 responden, 20 responden kelompok intervensi dan 20 responden kelompok kontrol. Uji statistik yang digunakan yaitu uji wilcoxon dan Mann Whitney. Hasil penelitian sebagian besar responden sebelum perlakuan (pre test) mengalami nyeri sedang sebanyak 12 responden (60%) dan setelah perlakuan (post test) mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 17 responden (75%). Terdapat pengaruh yang signifikan skala nyeri sebelum perlakuan dan sesudah diberikan kompres hantar dengan p value 0.003. terdapat perbedaan skala nyeri yang signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p valuer 0.000. kesimpulan bahwa kompres hangat dapat menurunkan skala nyeri leher pada penderita hipertensi esensial.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Kardiovaskuler berasal dari kata *cardio* dan *vaskuler*. *Cardio* artinya jantung dan *vaskuler* artinya pembuluh darah. Sistem kardiovaskuler adalah suatu sistem organ yang berfungsi untuk memindahkan zat ke dan dari sel. Sistem kardiovaskuler terdiri dari jantung, darah, dan pembuluh darah. Jika terjadi gangguan pada sistem kardiovaskuler yang merupakan bagian vital dari tubuh kita, maka akan sangat membahayakan kesehatan. Gangguan kardiovaskuler sangat banyak ditemukan dan banyak diderita oleh hampir semua masyarakat di dunia. Penyakit kardiovaskuler ini pun bermacam-macam seperti: jantung koroner, jantung bawaan, stroke, hipertensi, aneurisma, dan lain-lain. Salah satu jenis penyakit kardiovaskuler yang banyak diderita oleh masyarakat atau penyakit yang mendunia yaitu hipertensi (Underwood, 1999).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang tidak menular yang menjadi masalah kesehatan penting di seluruh dunia karena prevalensinya yang tinggi dan terus menerus meningkat. Hipertensi

juga menjadi faktor resiko ketiga terbesar penyebab kematian dini (Kartikasari, 2012). Pada umumnya, tekanan yang dianggap optimal adalah 120 mmHg untuk tekanan sistoliknya dan 80 mmHg untuk tekanan diastoliknya, sementara tekanan 17 yang dianggap hipertensi adalah lebih dari 140 mmHg untuk sistolik, dan lebih dari 90 mmHg untuk diastolik (Corwin, 2008). *World Health Organization* (WHO) dan *The International Society of Hipertension* menyatakan saat ini terdapat 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia. WHO juga mengatakan tahun 2002 di Jenewa prevelensi penyakit hipertensi 15-35% dari populasi penduduk dewasa di dunia. Pada tahun 2005 di Amerika penderita hipertensi sekitar 21,7%. Pada tahun 2008 penderita hipertensi mengalami peningkatan sekitar satu miliar orang di seluruh dunia dan diperkirakan tahun 2025 akan mengalami peningkatan sekitar 1,6 miliar. Data WHO bulan September 2011 juga menyatakan hipertensi menyebabkan 8 juta kematian per tahun di seluruh dunia (Kartikasari, 2012).

Di Asia, hipertensi juga mengalami peningkatan yang drastis. Pada

tahun 2001, WHO melaporkan penelitian di Bangladesh dan India dengan hasil prevalensi penderita hipertensi mencapai 65% dari jumlah penduduknya dengan prevalensi tertinggi pada penduduk di daerah perkotaan (Kartikasari, 2012). Menurut Riset Kesehatan Dasar (2007), mengungkapkan kasus hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari total jumlah penduduk. Hal ini membuktikan bahwa kejadian hipertensi di Indonesia lebih tinggi dari Singapura 27,3%; Thailand 22,7%; dan Malaysia 20% (Kresnawan, 2011). WHO (2013), mengatakan pada tahun 2008 jumlah penderita hipertensi untuk Asia Tenggara mencapai 37,3% laki-laki dan 34,9 % perempuan. Berdasarkan data WHO bulan September 2011 juga menyatakan hipertensi menyebabkan kematian sekitar 1,5 juta kematian per tahun di wilayah Asia Tenggara (Kartikasari, 2012). Data dari Depkes RI (2010), memaparkan bahwa hipertensi menjadi penyebab kematian no 3 setelah stroke dan *tuberculosis* Menurut Dinkes Kota Tasikmalaya (2012), jumlah penderita hipertensi primer atau esensial berjumlah 18755 orang dan penderita hipertensi sekunder berjumlah 508 orang.

Seseorang yang telah didiagnosis menderita hipertensi atau mengalami peningkatan tekanan darah yang persisten harus segera mencari pengobatan untuk mengontrol tekanan darah, mencegah terjadinya komplikasi, dan mengurangi atau mengatasi tanda dan gejala yang muncul seperti pusing, sakit kepala, tengkuk terasa pegal, mudah marah, sulit bernapas, pandangan kabur, dan lain-lain. Pada umumnya ketika seseorang yang menderita hipertensi akan terjadi peningkatan tekanan darah yang lebih dari normal dan biasanya akan muncul tanda dan gejala yaitu salah satu tengkuk terasa pegal. Tengkuk terasa pegal atau kekakuan pada otot tengkuk diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, dan hasil akhir dari metabolisme di daerah leher akibat kekurangan O₂ dan nutrisi tertimbun dan menimbulkan peradangan pada daerah perlekatan otot dan tulang sehingga muncul rasa nyeri. Nyeri yang dirasakan oleh penderita

hipertensi akan mengganggu aktivitasnya sehari-hari. Pada umumnya penderita hipertensi akan merasakan nyeri tengkuk atau leher namun tidak semua penderita hipertensi mengalami nyeri tengkuk bisa saja tanda dan gejala hipertensi yang lain yang akan muncul karena biasanya tanda dan gejala hipertensi yang muncul merupakan tanda dan gejala dari penyakit lain. Salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan untuk meredakan nyeri salah satunya kompres hangat (Siburian, 2006).

Penggunaan kompres hangat/panas untuk area yang tegang dan nyeri dianggap mampu meredakan nyeri. Panas dapat mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia neuron yang memblok transmisi lanjut rangsang nyeri yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan peningkatan aliran darah di daerah yang dilakukan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rasysidah (2011), tentang pengaruh teknik kompres hangat terhadap perubahan nyeri sendi pada pasien asam urat didapat data: sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terdapat perbedaan yang signifikan pada skala nyerinya. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada Wilayah Puskesmas Kahuripan Tasikmalaya didapatkan jumlah penderita hipertensi primer berjumlah sekitar 613 orang. Laki-laki berjumlah 180 orang sedangkan wanita berjumlah 430 orang. Dari hasil wawancara dengan 7 responden yang menderita hipertensi, 5 mengatakan sering mengalami nyeri leher. Mereka menggunakan balsem atau digosok dengan minyak untuk mengatasi nyeri leher tersebut, 2 orang mengatakan membiarkan saja bila mengalami nyeri leher. Berdasarkan fakta yang telah diuraikan maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri dengan cara non farmakologi yaitu kompres hangat pada penderita hipertensi esensial.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka diperoleh rumusan masalah sebagai berikut "Apakah Kompres Hangat Berpengaruh Dalam Menurunkan Nyeri leher Pada Penderita

Hipertensi Esensial di Wilayah Puskesmas Kahuripan Tasikmalaya?"

Tujuan

Untuk mengetahui pengaruh kompres hangat dalam menurunkan nyeri leher pada penderita hipertensi esensial di Wilayah Puskesmas Kahuripan Tasikmalaya

Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi untuk menambah pengetahuan bagi perawat dalam ilmu kesehatan khususnya Ilmu Keperawatan Medikal Bedah tentang pengaruh kompres hangat.

STUDI PUSTAKA

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada dinding pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan yang membutuhkan. Menurut WHO, batas normal tekanan darah adalah 120-140 mmHg untuk sistoliknya sedangkan diastoliknya 80-90 mmHg. Jadi, seseorang yang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya selalu terbaca di atas 140/90 mmHg (Sustrani, dkk, 2006).

Menurut Tambayong (1999), hipertensi adalah peningkatan tekanan sistole, yang tingginya tergantung umur individu yang terkena. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur, dan tingkat stres yang dialami.

Tekanan darah adalah gaya yang diberikan darah pada di dinding pembuluh darah. Tekanan ini bervariasi sesuai pembuluhdarah terkait dan denyut jantung. Tekanan darah paling tinggi terdapat pada arteri-arteri besar yang meninggalkan jantung dan secara bertahap menurun sampai arteriole (Watson, 2002).

Menurut Gunawan (2001), tekanan darah dibagi menjadi 3 golongan yaitu:

Normotensi yaitu bila tekanan sistolik 120-140 mmHg sedangkan tekanan diastolik 80-90 mmHg. Hipotensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah kurang dari normal, yakni bila tekanannya 90/60 mmHg. Hipertensi jika tekanan darahnya di atas normal yaitu tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg.

Menurut Berman, dkk (2003), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tekanan darah yaitu: Usia, jenis kelamin, raga, stress, obat-obatan, Ras, obesitas, variasi diurnal, demam /panas/dingin.

Cara mengukur Tekanan darah Pengukuran tekanan darah meliputi deteksi timbul hilangnya bunyi *korotkoff* secara auskultatoris di atas arteri yang ditekan. Bunyi *korotkoff* adalah bunyi yang bernada rendah yang berasal dari dalam pembuluh darah yang berkaitan dengan turbulensi yang dihasilkan dengan menyumbat arteri secara parsial dengan manset tekanan darah. Ada beberapa fase yang terjadi secara berurutan ketika tekanan penyumbatan turun. Fase 1 terjadi bila tekanan penyumbat turun sampai tekanan sistolik dan dimana bunyi pulsasi mengilang (bunyi *korotkoff*/fase 1 adalah tekanan sistolik). Fase 2 terjadi pada tekanan kira-kira 10-15 mmHg dibawah fase 1 dan terdiri dari suara mengetuk yang diikuti dengan bising. Fase 3 terjadi bila penyumbatan turun cukup banyak sehingga sejumlah besar volume darah dapat mengalir melalui arteri yang tersumbat sebagian. Bunyinya hampir serupa dengan fase 2 kecuali bahwa terdengar bunyi ketukan. Fase 4 terjadi bila intensitas suara tiba-tiba melemah ketika tekanan mendekati tekanan darah diastolik. Fase 5 terjadi bila bunyi sama sekali menghilang. Yang mana pembuluh darah tidak tertekan lagi oleh manset.

Etiologi Hipertensi Menurut Anies (2006), berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu: hipertensi esensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder, yaitu hipertensi yang disebabkan penyakit lain. Lebih dari 90 % penderita hipertensi termasuk golongan primer, maka secara umum dapat disimpulkan yang disebut hipertensi adalah hipertensi primer. Penyebab hipertensi golongan ini belum diketahui secara pasti. Menurut Dalimartha (2008), ada beberapa faktor yang menjadi penyebabnya yaitu seperti: 1) Faktor resiko yang tidak dapat dikontrol a) Keturunan Sekitar 70-80% penderita hipertensi esensial ditemukan memiliki riwayat hipertensi. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang

tua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. b) Jenis kelamin Hipertensi lebih banyak menyerang laki-laki dibandingkan perempuan. Hal itu mungkin dikarenakan laki-laki memiliki faktor pendorong terjadinya hipertensi misalnya seperti stres, kelelahan, dan makanan yang tidak terkontrol. Sedangkan wanita dilindungi oleh hormon estrogen berfungsi untuk melindungi wanita dari kejadian arteriosklerosis, namun ketika wanita mengalami pra menopause sampai menopause hormon ini akan berkurang seiring juga dengan penambahan usia sehingga pada usia diatas 45 tahun wanita mulai mengalami penyakit kardiovaskular (Anggraini, 2009). Umur Insiden hipertensi meningkat seiring dengan penambahan umur. Pasien yang berumur diatas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90mmHg. Hal ini merupakan merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Dengan bertambahnya umur, maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot yang mengakibatkan pembuluh darah akan menyempit dan kaku dimana akan berdampak pada tekanan sistolik dan diastolik meningkat karena kelenturan otot pembuluh darah berkurang (Oktora, 2005).

Faktor resiko yang dapat dikontrol, Kegemukan Kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi. Daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah pada penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita hipertensi dengan berat badan normal. b) Konsumsi garam berlebihan Konsumsi garam yang berlebihan dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah. c) Kurang olah raga Olah raga seperti bersepeda, jogging, aerobik yang teratur dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Dengan berolahraga dapat mengurangi atau mencegah obesitas dan mengurangi asupan garam dalam tubuh yang akan dikeluarkan lewat keringat. d) Konsumsi alkohol dan merokok Hipertensi juga dirangsang oleh nikotin yang ada dalam

sebatang rokok. Nikotin dapat menyebabkan penggumpalan darah dalam pembuluh darah dan pengapuran dinding pembuluh darah. Sedangkan alkohol dapat meningkatkan sintesis katekolamin dalam jumlah besar yang memicu kenaikan tekanan darah. e) Stres atau ketegangan jiwa Stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung bekerja lebih cepat dan lebih kuat sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Gunawan, 2001).

Tanda dan Gejala Hipertensi Menurut Palmer (2007), penderita hipertensi cenderung tidak menampilkan gejala yang pasti, dan biasanya gejalanya bervariasi pada masing-masing individu serta gejalanya hampir sama dengan penyakit lain. Menurut Vitahealth (2001), tanda dan gejala hipertensi meliputi 1) Jantung berdebar-debar 2) Sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat 3) Mudah lelah 4) Mudah marah 5) Tenguk terasa tegang atau berat 6) Sukar tidur 7) Mata berkunang-kunang 8) Muka merah 9) Vertigo (dunia terasa berputar). Salah satu tanda dan gejala hipertensi adalah tengkuk terasa pegal atau kekakuan pada otot tengkuk yang diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher yang mana pembuluh darah tersebut membawa darah ke otak sehingga ketika terjadi peningkatan tekanan vaskuler ke otak yang mengakibatkan terjadi penekanan pada serabut saraf otot leher sehingga penderita merasa nyeri atau ketidaknyamanan pada leher (Bararah, 2011).

Patofisiologi Hipertensi Tekanan arteri yang meliputi kontrol sistem persarafan yang kompleks dan hormonal yang saling berhubungan satu sama lain dalam mempengaruhi curah jantung dan tahanan vaskuler perifer serta refleks baroreseptor yang berperan dalam pengaturan tekanan darah dengan mekanisme sebagai berikut ini. Curah jantung ditentukan oleh volume sekuncup dan frekuensi jantung. Tahanan perifer ditentukan oleh diameter arteriol. Bila diameternya menurun (vasokonstriksi), tahanan perifer akan meningkat, dan

bila diameternya meningkat (vasodilatasi), tahanan perifer akan menurun. Pengaturan primer tekanan arteri dipengaruhi oleh baroreseptor pada stimulus karotikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan implus ke pusat saraf simpatis di medulla, yang akan menghambat stimulasi sistem saraf simpatis. Mekanisme dengan efek yang lama dimana ketika renin diproduksi oleh ginjal ketika aliran darah ke ginjal menurun, sehingga terbentuklah angiotensin I yang akan berubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II akan meningkatkan tekanan darah dengan mengakibatkan kontraksi langsung pada arteriol.

Pelepasan aldosteron yang mengakibatkan retensi air dan garam di dalam ginjal sehingga terjadi peningkatan volume ekstraseluler. Jika terjadi gangguan yang menetap maka akan menyebabkan konstiksi arteriol, tahanan perifer total dan arteri rata-rata meningkat. Mekanisme tersebut bersifat kompensasi yang akan meningkatkan beban kerja jantung namun pada saat yang sama terjadi perubahan degeneratif pada arteriol yang menanggung tekanan tinggi yang terus menerus sehingga terjadi peningkatan tahanan perifer yang disebut hipertensi (Muttaqin, 2009).

Klasifikasi Hipertensi
Berdasarkan Penyebab Hipertensi primer (esensial) Hipertensi esensial terjadi karena peningkatan perisisten tekanan arteri akibat ketidakaturan mekanisme hemostatik normal. Faktor yang menyebabkan hipertensi esensial seperti: genetik, lingkungan, konsumsi garam yang berlebihan, aktivitas berlebihan, sistem saraf simpatis, dan sistem reninangiotensin-aldosteron yang abnormal, serta faktor-faktor yang meningkatkan resiko terjadinya hipertensi seperti merokok, minuman beralkohol, dan makanan dengan kadar lemak tinggi (Underwood, 1994). Hipertensi sekunder. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya diketahui, dan diderita sekitar 10% dari kasus-kasus hipertensi. Hipertensi sekunder disebabkan oleh penyakit seperti penyakit ginjal, tumor adrenal, sindrome *Chusing* dan lain-lain. Hampir semua penderita hipertensi sekunder mengalami gangguan sekresi

hormon dan ginjal (Hendi, 2008). Menurut Underwood (1994), hipertensi sekunder disebabkan oleh berbagai kondisi diantaranya hipertensi renalis, sebab-sebab endokrin, koarktasio aorta dan terapi obat-obatan. Berdasarkan Bentuknya Hipertensi sistolik Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) adalah peningkatan hanya pada sistolik saja misalnya 160/90 mmHg dan biasanya dijumpai pada lansia. Hipertensi diastolik Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*) merupakan hipertensi dimana terjadi peningkatan hanya pada diastolik saja misalnya 120/100 mmHg dan biasanya ditemukan pada anak-anak. Hipertensi campuran (sistolik-diastolik). Hipertensi campuran merupakan peningkatan pada sistolik dan diastolik misalnya 150/100 mmHg (Gunawan, 2001).

Menurut JNC 7 *Joint National Committee on the preventive, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* (JNC) membagi hipertensi seperti pada tabel dibawah ini. Normal < 120 < 80, PraHipertensi 120 – 139 80 – 89, Hipertensi derajat I 140 – 159 90 – 99, Hipertensi derajat II $\geq 160 \geq 100$,

Penatalaksanaan Hipertensi
Penatalaksanaan pada penderita hipertensi yaitu dengan dua cara yaitu dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi Farmakologi Ada enam obat yang sering digunakan dalam pengobatan hipertensi yaitu sebagai berikut: Diuretik Diuretik misalnya *chlortalidone*, *bendroflumethiazide* dan lain-lain. Diuretik ini dapat menurunkan tekanan darah dengan bekerja pada ginjal yang menyebabkan ginjal mengeluarkan garam dalam darah melalui urin.

Alfa-Bloker Alfa-bloker misalnya doxazonsin, terazosin dan lain-lain, dimana alfa-bloker ini dapat menurunkan tekanan darah dengan memblokade reseptor pada otot yang melapisi pembuluh darah. Jika reseptor tersebut diblokade, pembuluh darah akan melebar (berdilatasi) sehingga darah dapat mengalir lebih lancar. Beta-Bloker Beta-bloker misalnya atenolol dan bisoprolol, dimana dapat menurunkan tekanan darah dengan memperlambat denyut dan kontraksi jantung. Sehingga tekanan yang disebabkan pompa jantung berkurang.

Kalsium kanal Kalsium kanal misalnya amlodipine, felodipine dimana dapat menurunkan tekanan darah dengan memblokir masuknya kalsium ke dalam sel. Dengan menghambat kontraksi otot, pembuluh darah akan melebar sehingga darah akan mengalir dengan lancar (Williams, 2007). Antagonis reseptor angiotensin II Jenis angiotensin II misalnya losartan dan valsartan yang mana akan bekerja antagonis terhadap aksis angiotensin renin. Dianjurkan pada penderita gagal jantung atau gangguan ventrikel kiri (Davey, 2005). Inhibitor enzim pengubah angiotensin (*Angiotensin converting enzim inhibitor*). Jenis angiotensin II misalnya katopril, enalapril, lisinopril dan ramipril. Yang mana akan menghambat pembentukan angiotensin II. Efek sampingnya berupa batuk kering dan angioedema (Davey, 2005). Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada penggunaan obat anti hipertensi yaitu: saat mulai pengobatan harus dengan dosis kecil, bila efek tidak memuaskan tambahkan obat untuk kombinasi, penggunaan obat *long acting* dengan dosis tunggal yang dapat mencakup efek selama 24 jam.

Terapi Non-farmakologis Terapi non farmakologis untuk menangani hipertensi yaitu dengan: Menurunkan berat badan bila gemuk Tekanan darah cenderung kuat atau meningkat seiring dengan kegemukan atau kenaikan berat badan. Dengan menurunkan berat badan, berpengaruh juga pada penurunan tekanan darah, walaupun penurunan berat badan belum mencapai normal (Freitag, 2010). Pengurangan berat badan sekitar 10 kg berat badan dapat menurunkan tekanan darah rata-rata 2-3 mmHg per kgBB. Mengurangi konsumsi Na Natrium memiliki hubungan yang sangat erat dengan timbulnya hipertensi. Oleh karena itu konsumsi garam dikurangi (kurang dari 3gr per hari) mampu menurunkan tekanan darah (Sunardi, 2000). Minuman beralkohol Minuman yang beralkohol yang terlalu banyak, dapat meningkatkan tekanan darah dan resiko komplikasi kardiovaskuler (Williams, 2007). Olahraga Orang yang memiliki aktivitas yang rendah akan lebih rentan mengalami tekanan darah tinggi. Penderita hipertensi dianjurkan untuk melakukan aerobik

sedang dalam 30 menit sehari selama beberapa hari dalam seminggu dapat menurunkan tekanan darah. Beberapa jenis latihan yang dapat menurunkan tekanan darah yaitu: berjalan kaki, bersepeda, berenang, aerobik. Namun tidak dianjurkan bagi penderita hipertensi untuk melakukan kegiatan olahraga seperti tinju, gulat, angkat besi, karena akan meningkatkan tekanan darah. Stres emosional Stres berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah. Semakin stres tekanan darah semakin tinggi. Oleh karena itu salah satu cara untuk menurunkan tekanan darah adalah dengan mengelola stres. Merokok Di dalam rokok terdapat banyak zat yang beracun (oksidan) yang dapat melukai dinding pembuluh darah dan mempercepat pengerasan pembuluh darah. Dianjurkan pada penderita hipertensi untuk berhenti atau mengurangi rokok. Konsumsi serat. Buah-buahan dan sayuran segar, yang mengandung serat tinggi sangat efektif dalam menurunkan kadar kolesterol darah. Ada 2 jenis serat yaitu serat yang dapat larut dan serat yang tidak dapat larut. Keduanya mempunyai manfaat masing-masing. Serat yang dapat larut dapat menurunkan kadar kolesterol sedangkan serat yang tidak dapat larut dapat melancarkan pembuangan sisa makanan secara alami (Anise, 2006).

Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri. Nyeri juga merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri (Potter & Perry, 1999). Menurut Asmadi (2008), merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan individual karena respon individu terhadap sensasinya beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lain. Nyeri juga menandakan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain. Jadi nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang bersifat individual atau subyektif, yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan, sehingga mengakibatkan individu akan merasa

tersiksa, menderita, sehingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari dan psikis dan cenderung individu tersebut akan mencari perawatan atau pengobatan.

Klasifikasi Nyeri Menurut Judha (2012), terdapat beberapa klasifikasi nyeri yaitu sebagai berikut: Nyeri Berdasarkan Tempatnya: *Peripheral pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh (*visceral*.) *Referred pain*, yaitu nyeri yang sangat dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri. *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, *thalamus*, dan lain-lain.

Nyeri Berdasarkan Sifat *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang. *Steady pain*, yaitu nyeri yang ditimbulkan dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama. *Paroximal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap $\pm$ 10-15 menit, lalu menghilang kemudian muncul lagi. Berdasarkan Ringan dan Berat Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah. Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

Berdasarkan Waktu: Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber, dan daerah nyeri diketahui jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit aterosklerosis pada arteri koroner. Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan, dengan pola yang beragam. Nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan seterusnya, serta semakin meningkat intensitasnya.

Fisiologi Nyeri munculnya nyeri berkaitan dengan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf yang bebas yang memiliki sedikit atau tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit atau

mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Reseptor nyeri akan memberikan respon jika ada stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa histamin, bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang akan dilepaskan jika terjadi kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Serta stimulasi lain bisa berupa termal, listrik atau mekanis (Mutaqin, 2009). Stimulasi yang diterima oleh reseptor akan ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh serabut delta A (bermyelin rapat) dan serabut C (serabut lamban). Implus yang ditransmisikan oleh serabut delta A memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen akan masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri dari beberapa lapisan yang saling bertautan. Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Implus nyeri akan menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal *asendens* yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinothalamus* dan *spinoreticular tract* yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai dengan pertemuan reseptor pada otak yang terdiri dari jalur spinal *desendens* dari *thalamus* yang melalui otak tengah dan medulla ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* implus supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam implus supresif. Jalur nonopiate merupakan jalur *desenden* yang tidak memberikan respon terhadap naloxone (Mutaqin, 2009).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri menurut Judha (2012), terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut: Usia Usia merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Yang mana terjadi perbedaan dalam bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak

mengalami kesulitan dalam memahami nyeri dan beranggapan bahwa apa yang dilakukan oleh perawat dapat menimbulkan nyeri. Sedangkan pada dewasa melaporkan nyeri ketika sudah patologis atau terjadi kerusakan fungsi (Farida, 2010). Jenis kelamin Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Ada beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Kebudayaan Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah sedangkan kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*) Makna nyeri Individu akan mempersepsikan nyeri secara berbeda-beda. Misalnya seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena dipukul suaminya. Perhatian Tingkat seseorang untuk memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Sedangkan upaya pengalihan (*distraksi*) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

Ansietas hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Kelelahan kelelahan yang meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi. pengalaman Sebelumnya Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Jika individu sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri yang tidak pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau cemas akan muncul. Gaya Koping mempengaruhi kemampuan individu tersebut untuk mengatasi nyeri, dengan berbagai cara sehingga efek fisik dan psikologis dapat

dihindari atau hilang. Dukungan Keluarga dan Sosial Faktor yang bermakna mempengaruhi respons nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien.

Tanda dan Gejala Nyeri Menurut Judha (2012), tanda dan gejala nyeri yang dapat ditunjukkan oleh individu yang merasakan nyeri yaitu sebagai berikut: Vokalisasi, Mengaduh, Mengangis, Sesak nafas, Mendengkur, Ekspresi wajah, Meringis, Menggeletukan gigi, Mengernyit dahi, Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka, mata atau mulut dengan lebar. Menggigit bibir, Gerakan tubuh: Gelisah, Imobilisasi, Ketegangan otot, Peningkatan gerakan jari dan tangan, Aktivitas melangkah yang tunggal ketika berlari atau, berjalan. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok: Gerakan melindungi bagian tubuh, Interaksi sosial, Menghindari percakapan, Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, Menghindari kontak sosial, Penurunan rentang perhatian.

Pengukuran Nyeri: Intensitas nyeri: Intensitas nyeri ini mencakup seberapa berat nyeri yang dirasakan oleh klien. Individu akan diminta untuk membuat tingkatan nyeri yang dirasakan dengan menggunakan skala nyeri. Misalnya: tidak nyeri, nyeri sedikit, nyeri sedang, atau dengan menggunakan angka (skala), skala nyeri 1-10. Dimana 0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti nyeri hebat

Karakteristik nyeri, Karakteristik nyeri dapat dilihat dengan metode PQRST dimana: *Provocate* (P): Penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dimana, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian tubuh mana, yang mengalami cedera termasuk menghubungkan nyeri, dengan faktor psikologisnya. *Quality* (Q): Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang, diungkapkan klien. Biasanya klien mendeskripsikan nyeri, seperti nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial atau bahkan seperti, digencet. *Region* (R): Lokasi dimana penderita merasakan nyeri. Meminta klien menunjukan dimana atau di daerah bagian mana yang, terasa nyeri. *Severe* (S): Tingkat keparahan nyeri yang dirasakan klien, dan bersifat subyektif. *Time* (T): Durasi atau rangkaian nyeri atau berapa

lama nyeri yang dirasakan klien. Menurut Smelzer (1997), ada beberapa skala pengukuran nyeri yaitu sebagai berikut:

Skala	Intensitas	Nyeri
Numerik/NRS	(<i>Numeric Rating Scale</i>)	
Skala Numerik	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.	
Skala Deskriptif	Skala Analog	Visual
Skala Nyeri Analog Visual		

(Potter & Perry, 2009).

Penatalaksanaan Nyeri Terapi farmakologis Obat-obatan yang sering digunakan untuk menangani nyeri adalah obat dengan golongan analgesik. Berdasarkan aksinya analgesik dibagi menjadi dua golongan yaitu: Analgesik Nonopioid/Perifer (*Non-Opioid Analgesics*), Obat-obatan dalam kelompok ini memiliki target aksi pada enzim, yaitu enzim siklooksigenase (COX). COX, berperan dalam sintesis mediator nyeri, salah satunya adalah prostaglandin. Mekanisme umum dari analgetik jenis ini adalah mengblok pembentukan prostaglandin dengan jalan menghambat enzim COX pada daerah yang terluka dengan demikian mengurangi pembentukan mediator nyeri. Efek samping yang paling umum dari golongan obat ini adalah gangguan lambung usus, kerusakan darah, kerusakan hati dan ginjal serta reaksi alergi di kulit. Efek samping biasanya disebabkan oleh penggunaan dalam jangka waktu lama dan dosis besar.

Analgesik Opioid Analgesik opioid digunakan untuk nyeri sedang hingga berat. Analgesik ini bekerja pada pusat otak yang lebih tinggi dan tulang belakang melalui cara pengikatan reseptor opiat untuk memodifikasi persepsi nyeri. Efek dari opioid adalah mual, muntah, konstipasi, rasa gatal, retensi urine, dan spasme otot (Potter & Perry, 2009).

Terapi non farmakologis Menurut Potter & Perry (2009), ada beberapa terapi farmakologis yang digunakan untuk menangani nyeri adalah sebagai berikut: Bimbingan antisipasi: Klien diberi penjelasan tentang semua prosedur medis dan rasa nyaman pascaoperasi yang akan dialami sehingga membantu klien mengontrol rasa cemas dan secara kognitif memperoleh penanganan nyeri dalam tingkatan tertentu. Distraksi: Distraksi mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain dan

dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Salah satu distraksi yang efektif adalah musik. *Biofeedback*: Merupakan terapi perilaku yang dilakukan dengan memberikan individu informasi tentang respon fisiologis (misalnya tekanan darah) dan cara untuk melatih *control volunteer* terhadap respon tersebut. Hipnosis-diri: Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugestif positif. Mengurangi Persepsi Nyeri Salah satu cara sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah dengan membuang atau mencegah stimulus nyeri. Stimulasi kutaneus Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, seperti masase, mandi air hangat, kompres panas atau dingin dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS).

Kompres Hangat: Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan kantung yang berisi air hangat sehingga menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres hangat yang digunakan dengan suhu 45-50, C (Asmadi, 2008). Jadi kompres hangat adalah pemberian rasa hangat/ panas di daerah tertentu. Tujuan Kompres Hangat Beberapa tujuan yang dari dilakukan kompres hangat yaitu: memperlancar Sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang pada klien, memperlancar pengeluaran eksudat, merangsang peristaltik usus, dan merelaksasi otot yang tegang dan meningkatkan kontraktilitas (Asmadi, 2008). Manfaat Kompres Hangat Terapi kompres hangat ini dapat bermanfaat karena dapat memberikan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat. Karena jika diberikan kompres hangat, rasa panas atau hangat akan mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah dan suplai oksigen akan lancar, sehingga meredakan ketegangan otot akibatnya nyeri dapat berkurang di daerah yang diberi kompres (Asmadi, 2008).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *Quasi Eksperimental*, dengan desain penelitian *pre test dan post test* dengan kelompok kontrol (*pre test-post test with control group*) yang mana pengelompokkan anggota kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dilakukan dengan cara nonrandom. Kemudian dilakukan *pre test* kepada dua kelompok tersebut dan diberikan perlakuan pada kelompok eksperimen, kemudian setelah itu dilakukan *post test* pada dua kelompok tersebut. Rancangan penelitian ini digambarkan digambarkan sebagai berikut:

R1 O1 X O2
R2 O3 O4

Ket:

R1 : Kelompok intervensi

R2 : Kelompok kontrol

O1 : Observasi *pre test* kelompok intervensi

O2 : Observasi *post test* kelompok intervensi

O3 : Observasi *pre test* kelompok kontrol

O4 : Observasi *post test* kelompok kontrol

X : Perlakuan/intervensi (pemberian kompres hangat)

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007). Sedangkan menurut Arikunto (2010), mengatakan populasi adalah keseluruhan subyek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kahuripan Tasikmalaya, . Populasi target pada penelitian ini berjumlah 88 orang, yang diambil 2 bulan yaitu Nopember dan Desember 2014.

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel dari penelitian ini adalah penderita hipertensi esensial di Wilayah Puskesmas Kahuripan Tasikmalaya, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria

dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2007). Kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

Kriteria Inklusi: 1) Penderita hipertensi esensial yang mengalami nyeri leher dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, 2) Usia 30-55 tahun, 3) Tidak mengkonsumsi obat anti nyeri, 4) Tidak mempunyai penyakit penyerta, 5) Bersedia jadi responden

Kriteria Eksklusi: 1) Mengalami penyakit nyeri tulang leher, 2) Cedera traumatik di daerah leher, 3) Perdarahan aktif, 4) Edema inflamasi, 5) Tumor ganas terlokalisasi di daerah leher, 6) Gangguan kulit.

3.2.1 Besar Sampel

Besar sampel dapat dihitung berdasarkan hasil penelitian sebelumnya sebagai P1 yaitu jumlah responden yang diberikan kompres hangat dan mengalami penurunan nyeri rematik adalah 80% (Fanada, 2012), jumlah responden yang diberikan kompres hangat dan mengalami penurunan nyeri sendi adalah 51,90% (Widyastuti, 2012) sebagai P2. Nilai P1 dan P2 dimasukan kedalam rumus besar sampel (Murti, 2013) . Untuk mengatasi jika saat penelitian adanya *droup out* dari responden maka jumlah cadangan yang harus dipersiapkan oleh peneliti 10% dari jumlah sampel yaitu 1 orang. Dari perhitungan sampel diperoleh jumlah sampel pada penelitian ini adalah 20 orang. Jadi untuk kelompok intervensi jumlah sampelnya 20 orang dan untuk kelompok kontrol jumlah sampelnya 20 orang.

Teknik sampling adalah teknik pengambilan sampel (Hidayat, 2007). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling* yaitu pengambilan sampel secara asidental yang mana dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoadmojo, 2012).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden yang mengikuti sampai selesai penelitian berjumlah 20 responden kelompok kontrol, 20

responden kelompok intervensi. Mayoritas responden dalam kelompok kontrol mayoritas perempuan (85%) dan bermur lebih dari 50 tahun (75%). Pada kelompok

intervensi responden dengan umur lebih dari 50 tahun sebanyak 60% dan 90% berjenis kelamin perempuan.

4.1.2. Skala Nyeri Kelompok Intervensi

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Kelompok Kontrol

Skala Nyeri	Pre Test		Post Test	
	N	%	n	%
Ringan	8	40%	17	85%
Sedang	12	60%	3	15%
Jumlah	20	100%	20	100%

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Kelompok Kontrol

Skala Nyeri	Pre Test		Post Test	
	N	%	n	%
Ringan	5	25%	5	25%
Sedang	15	75%	15	75%
Jumlah	20	100%	20	100%

Pengaruh Kompres Hangat terhadap Nyeri Leher pada kelompok Intervensi Penderita Hipertensi Esensial.

Tabel 4.3 Pengaruh Kompres Hangat terhadap Nyeri Leher pada kelompok Intervensi Penderita Hipertensi Esensial

Skala Nyeri Pre Test	Skala Nyeri Post Test				Total		<i>p</i>
	Ringan		Sedang		n	%	
	N	%	n	%			
Ringan	8	40	0	0	8	40	0.003
Sedang	9	45	3	15	12	60	
Total	17	85	3	15	20	100	

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa saat pre test pada kelompok intervensi sebanyak 8 responden (40%) mengalami nyeri ringan dan saat post test tetap mengalami nyeri ringan. Pada saat pre test sebanyak 12 responden (60%) mengalami nyeri sedang dan saat post test mayoritas responden mengalami nyeri ringan yaitu 9 responden (45%)

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji wilcoxon menunjukkan

bahwa nilai $P_{value} 0,003$ dengan taraf signifikansi 5% (0,05) sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa H_0 diterima, dimana nilai $P_{value} 0.003 < 0.05$, hal ini menunjukkan ada pengaruh pemberian kompres hangat terhadap nyeri leher pada penderita hipertensi esensial di wilayah kerja puskesmas Kahuripan Tasikmalaya.

Tabel 4.4 Pengaruh Kompres Hangat terhadap Nyeri Leher pada kelompok Intervensi Penderita Hipertensi Esensial

Skala Nyeri Pre Test	Skala Nyeri Post Test				Total		<i>p</i>
	Ringan		Sedang		n	%	
	N	%	n	%			
Ringan	5	25	0	0	5	25	1.000
Sedang	0	0	15	75	15	75	
Total	5	25	15	75	20	100	

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa saat pre test pada kelompok intervensi sebanyak 5 responden (25%) mengalami nyeri ringan dan saat post test

tetap mengalami nyeri ringan. Pada saat pre test sebanyak 15 responden (75%) mengalami nyeri sedang dan saat post test tetap mengalami nyeri sedang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji wilcoxon menunjukkan bahwa nilai P_{value} 1,000 dengan taraf signifikasi 5% (0,05) sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa H_0 diterima, dimana nilai P_{value} 1,000 > 0.05, hal ini

menunjukkan tidak ada perbedaan skala nyeri pre test dan post test pada kelompok kontrol penderita hipertensi esensial di wilayah kerja puskesmas Kahuripan Tasikmalaya.

Tabel 4.5 Perbedaan Skala Nyeri Post Test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi Esensial

Kelompok	Skala Nyeri		P_{value}
	n	Mean Rank	
Intervensi	20	14.50	0,000
Kontrol	20	26.50	

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa Mean Rank kelompok intervensi 14,50 sedangkan kelompok kontrol 26,50, hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney menunjukkan bahwa P_{value} 0,000 artinya ada perbedaan yang signifikan antara skala nyeri kelompok intervensi dan skala nyeri kelompok kontrol

Pembahasan

Mayoritas responden pada kelompok intervensi mengalami nyeri sedang ketika dilakukan pre tests sebelum diberikan kompres hangat yaitu sebanyak 12 responden (60%). Hal ini berarti mayoritas penderita hipertensi esensial di wilayah kerja puskesmas Kahuripan mengalami nyeri sedang dengan skala 4 sampai 6. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Marlingga (2011), tentang pengaruh stimulasi cutaneus kompres hangat basah terhadap penurunan nyeri sendi pada lansia dimana diperoleh skala nyeri pre test mayoritas responden mengalami sedang yaitu 16 responden (53,3%) namun ada beberapa penelitian yang berbeda yaitu penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2012), tentang pengaruh kompres hangat terhadap nyeri sendi diperoleh skala nyeri pre test mayoritas responden mengalami nyeri berat sebanyak 20 responden (74%), penelitian lain yang dilakukan oleh Fanada (2012) tentang pengaruh kompres hangat dalam menurunkan nyeri reumatik pada lansia diperoleh skala nyeri pre test, mayoritas responden mengalami nyeri dengan skala 3. Menurut peneliti ini dikarenakan nyeri sesuatu yang bersifat

subyektif dimana individu atau responden itu sendiri yang menjelaskan dan mengevaluasi perasaan yang dirasakan. Menurut Asmadi (2008) nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik dan universal dan bersifat individual, dikatakan individual karena respon individu terhadap sensainya beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lain.

Pada kelompok intervensi setelah diberikan kompres hangat mayoritas responden mengalami nyeri ringan yaitu 17 responden (85%) ketika dilakukan post test, hal ini berarti mayoritas penderita hipertensi esensial di wilayah kerja puskesmas Kahuripan setelah dilakukan kompres hangat, responden mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 14 responden (51,9%). Dan yang dilakukan Fanada (2012) skala nyeri post test, mayoritas responden mengalami nyeri dengan skala 1. Ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri setelah diberikan kompres hangat.

Nyeri leher yang dirasakan responden merupakan salah satu tanda dan gejala pada hipertensi. Hipertensi adalah peningkatan tekanan sistole yang tingginya tergantung umur individu yang terkena (Tambayong 1999). Seorang penderita hipertensi esensial akan mengalami peningkatan tekanan darah, salah satunya peningkatan tekanan dinding pembuluh darah di daerah leher sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, dan hasil akhir dari penumpukan sisa metabolisme di daerah leher akibat kekurangan oksigen dan nutrisi tertimbun dan menimbulkan peradangan pada daerah perlekatan otot dan tulang sehingga muncul

rasa nyeri (Siburian, 2006). Menurut peneliti ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri yang dirasakan responden seperti usia, jenis kelamin dan pekerjaan.

Pada penelitian ini mayoritas responden yang mengalami nyeri berusia 41 – 49 tahun yaitu sebanyak 8 responden (40%). Menurut Judha (2012), usia merupakan variabel yang sangat penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia dimana terdapat perbedaan dalam bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak mengalami kesulitan dalam memahami nyeri dan beranggapan bahwa apa yang dilakukan oleh perawat dapat menimbulkan nyeri sedang pada skala nyeri yang mereka rasakan sangat kompleks, karena mereka pada umumnya memiliki banyak penyakit dengan gejala yang sama dan pada bagian tubuh yang lain (Potter & Perry, 2009). Usia 41 – 49 merupakan usia dewasa dimana pada umumnya orang dewasa menganggap nyeri sebagai suatu kelemahan, kegagalan dan kehilangan kontrol. Orang dewasa melaporkan ketika sudah patologis atau terjadi kerusakan fungsi (Farida, 2010).

Mayoritas responden dalam kelompok intervensi berjenis kelamin perempuan yaitu 18 responden (90%) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 11 responden (55%). Perempuan mudah merasakan nyeri dibandingkan laki-laki, hal ini didukung oleh Judha (2012) yang mengatakan secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon terhadap nyeri, namun beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama, menurut Octavianim (2013) menyatakan perempuan memiliki tingkat ambang batas nyeri dan tingkat toleransi nyeri lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki.

Bekerja sebagai ibu rumah tangga dituntut harus mengerjakan semua urusan rumah tangga dengan jam kerja yang tidak terbatas, menurut Sukmana (1995) tugas ibu rumah tangga, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dapat mempengaruhi nyeri yang dirasakan, hal ini dikarenakan pekerjaan yang dilakukan merupakan

pekerjaan fisik dengan jam kerja yang tidak terbatas sehingga ibu rumah tangga mudah untuk mengalami nyeri. Menurut Gunawan (2001), stres menjadi salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi, ketika seseorang mengalami stres maka dapat merangsang kelenar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung bekerja lebih cepat dan lebih kuat sehingga peningkatan tekanan darah sehingga muncul gejala tengkuk terasa tegang atau nyeri leher.

Salah tindakan non farmakologis untuk menghilangkan nyeri atau mengurangi nyeri adalah kompres hangat. Kompres hangat dapat memberikan rasa hangat pada daerah tertentu, karena panas yang diberikan mampu mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah dan suplai oksigen menjadi lancar. Dan meredakan ketegangan akibatnya nyeri dapat berkurang (Asmadi, 2008). Hal ini dibuktikan dengan respon responden penelitian mengatakan bahwa mereka merasa rileks ketika diberikan kompres hangat, berdasarkan hasil penelitian dan uji statistik dengan menggunakan uji Wilcoxon didapatkan hasil terjadi penurunan skala nyeri leher setelah diberikan kompres hangat dengan nilai p value 0,003 yang berarti bahwa ada pengaruh kompres hangat terhadap penurunan nyeri leher pada penderita hipertensi esensial.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2012), tentang kompres hangat terhadap nyeri sendi diperoleh skala nyeri pre test mayoritas responden mengalami nyeri berat sebanyak 20 responden (74%). Setelah diberikan kompres hangat (post test) sebagian besar responden mengalami nyeri ringan yaitu 14 responden (51,9%). Peneliti lain yang dilakukan oleh Fanada (2012), dimana ketika dilakukan pre test diperoleh mayoritas responden mengalami nyeri skala 3 dan post test sebagian besar responden mengalami nyeri dengan skala 1. Penelitian Marlingga (2011), dimana ketika dilakukan pengukuran skala nyeri pre test sebagian besar responden mengalami nyeri sedang yaitu 16 responden (53,3%) dan setelah diberikan stimulus cutaneus kompres basah hangat sebagian besar responden tidak merasakan nyeri yaitu 21 (70%).

4.3.1. Perbandingan Skala nyeri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol mayoritas responden mengalami nyeri sedang yaitu 15 responden (75%) ketika dilakukan post test, responden pada kelompok ini tidak mengalami penurunan nyeri.

Berdasarkan data penelitian responden dalam kelompok kontrol setelah dilakukan pre test dan post test terdapat 2 responden yang mengalami penurunan skala nyeri, namun karena peneliti langsung menginterpretasikan maka walaupun responden mengalami penurunan skala nyeri dari skala 6 menjadi 5 tetap peneliti menginterpretasikan nyeri sedang. Penurunan skala nyeri tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kondisi rileks, ketika kita dalam kondisi ketegangan otot-otot akan berkurang.

Pada kelompok intervensi mayoritas responden ketika dilakukan post tests mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 17 responden (85%), responden dalam kelompok intervensi terjadi penurunan skala nyeri setelah dilakukan kompres hangat pada leher. Berdasarkan data penelitian responden dalam kelompok intervensi setelah dilakukan pre test dan post test terdapat 3 responden yang tidak mengalami penurunan nyeri, menurut peneliti kemungkinan ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi intensitas nyeri yang dirasakan oleh responden pada kelompok intervensi yaitu usia, jenis kelamin dan makna nyeri, perhatian, ansietas dan kelelahan.

Skala nyeri post test pada kelompok intervensi dan skala nyeri post test pada kelompok kontrol berdasarkan hasil pada tabel 4.5 dimana Mean Rank kelompok intervensi 14.50 sedangkan kelompok kontrol 26.50, hal ini menunjukkan bahwa rata-rata yang dirasakan oleh responden setelah diberikan perlakuan berupa kompres hangat lebih kecil yaitu 14.50 dibandingkan rata-rata kelompok yang tidak diberikan intervensi kompres hangat yaitu 26.50.

Hal ini juga diperkuat dengan hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney didapatkan hasil nilai p value 0.000 yang berarti bahwa ada perbedaan skala nyeri leher post test

kelompok intervensi dan skala nyeri leher post test kelompok kontrol.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka kesimpulan penelitian ini adalah sebagai berikut: Skala nyeri leher sebelum dilakukan kompres hangat pada kelompok intervensi mayoritas mengalami nyeri sedang sebanyak 12 responden (60%), Skala nyeri pre test pada kelompok kontrol mayoritas mengalami nyeri sedang sebanyak 15 responden (75%), Skala nyeri setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi mayoritas mengalami nyeri skala ringan yaitu sebanyak 17 responden (85%), Skala nyeri post tes kelompok kontrol mayoritas responden mengalami nyeri sedang sebanyak 15 responden (75%), Ada pengaruh signifikan pemberian kompres hangat terhadap skala nyeri leher pada penderita hipertensi esensial di wilayah kerja puskesmas Kahuripan Tasikmalaya dengan p value 0.003, Ada perbedaan signifikan antara skala nyeri post test kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p value 0.000

Saran: Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk menjadikan penelitian ini sebagai data awal dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri dengan responden yang bervariasi seperti dari segi usia, jenis kelamin dan budaya.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart association. (2010). *Heart deases and stroke statistic: our guide to current statistics and the suplement to our heart and stroke fact-* 2010 update. <http://www.americanheart.org>. Diakses pada tanggal 14 Maret 2011.
- Anonim. (2003). *Complications stroke during hospitalization*. <http://www.strokecenter.org>. Diakses tanggal 24 Desember 2011
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : Jurusan Biostatistik dan kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Rhineka Cipta.
- Astrid. (2008). *Tesis : Pengaruh latihan range of motion (rom) terhadap kekuatan otot, luas gerak sendi dan kemampuan fungsional pasien stroke di RS Sint Carolus Jakarta*. Depok : Program Studi Pasca Sarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2008). *Laporan nasional riskesda 2007, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia*. Diakses dari <http://www.litbang.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 20 Desember 2010
- Bagg, S., Pombo, A.P. & Hopman, W. (2002). Effect of age functional outcome after stroke rehabilitation. *American Stroke Association*, 33 ; 179-185
- Bethesda Stroke Centre. (2007). *Faktor resiko stroke usia muda*.
- Black, J.M., & Hawks, J.H., (2009) *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes, 8th Edition*. St Louis Missouri : Elsevier Saunders.
- Broadley, S.A. & Thompson, P.D., *Time to hospital admission for acute stroke*. The Medical Journal of Australia 2003 178 (7): 329-331.
- Castledine, G. (2002). The important aspects of nurse specialist role. *British Journal of Nursing*, 11(5), 350.