

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI
PADA TN. E (*KATZ INDEX A*) DENGAN TERAPI *SLOW DEEP
BREATHING* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
TAROGONG GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

NAMA : ALDI BAIHAQI

NIM : KHGD24071



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI NERS

TAHUN 2025

KARYA ILMIAH AKHIR

KIA Ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan Tim Penguji Program Studi Profesi
Ners STikes Karsa Husada Garut

Garut, September 2025

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kep., Ners., M.Kep

Rudi Alfiyansah S.Kep., Ners., M.HKes

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi
Ners Stikes Karsa Husada

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Sri Yekti W, M.Kep

Sri Yekti W, M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA
HIPERTENSI PADA TN. E (*KATZ INDEX A*) DENGAN
TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

NAMA : ALDI BAIHAQI

NIM : KHGD24071

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing

(Sri Yekti W, M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI PADA TN. E (*KATZ INDEX A*) DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG GARUT”**. Solawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW, beserta keluarganya, sahabatnya, dan para pengikutnya hingga akhir zaman, aamiin.

Pemulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak dibantu oleh berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tepat waktu. Semoga Allah SWT., senantiasa mencatatnya sebagai amal sholeh dan memberi balasan yang melimpah. Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua umum pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak Drs. H. Adjidin, M.Si, selaku ketua dewan pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut
4. Bapak Dr.Ns Iwan Wahyudi, M.Kep., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

5. Sri Yekti Widadi, S,Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
6. Sri Yekti Widadi, S,Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing Karya Ilmiah Akhir yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, memberi motivasi, arahan dan membagi ilmu yang luar biasa kepada penulis.
7. Seluruh staff dosen dan karyawan STIKes Karsa Husada Garut.
8. Kedua orang tua penulis, Bapak Ns. Dadi, S.Kep dan Ibu Wiwin, juga kepada keluarga besar yang telah memberikan do'a, serta dorongan baik moril maupun materil.
9. De Clara yang selalu menyemangati dan memberikan segala bentuk dukungan kepada penulis
10. Seluruh rekan se Ners angkatan 14 yang tak henti semangat dan memotivasi dalam setiap proses perkuliahan bersama penulis

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman, serta pengetahuan yang penulis miliki. Namun meskipun demikian, penulis mengharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, Oktober 2025

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI PADA TN. E (*KATZ INDEX A*) DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG GARUT

Aldi Baihaqi
Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

ABSTRAK

Hipertensi, yang sering disebut sebagai “pembunuh senyap,” membutuhkan intervensi keperawatan yang efektif untuk mencegah komplikasi. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang menjanjikan adalah **terapi *Slow Deep Breathing***, yang efektif untuk mengelola hipertensi dan nyeri akut. Penelitian ini adalah studi kasus deskriptif yang bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan hipertensi stadium 1. Subjek penelitiannya adalah Tn. E yang memiliki skala indeks *Katz A*. Data dikumpulkan melalui serangkaian tahapan: pengkajian, perumusan diagnosis, penyusunan intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil pengkajian awal menunjukkan bahwa Tn. E mengalami nyeri kepala dengan skala 4 (dari 1-10) di area belakang kepala, leher, dan tengkuk. Selain itu, ia juga mengalami gangguan pola tidur, dengan durasi hanya 2-3 jam per hari, yang menyebabkan rasa lemah. Berdasarkan temuan ini, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah nyeri akut dan gangguan pola tidur. Setelah intervensi terapi *Slow Deep Breathing* diterapkan, terjadi perubahan signifikan. Skala nyeri Tn. E menurun drastis dari 4 menjadi 1, menunjukkan bahwa nyeri akutnya telah teratasi. Gangguan pola tidur juga membaik, di mana klien melaporkan tidur lebih nyenyak. Penelitian ini menyimpulkan bahwa terapi *Slow Deep Breathing* adalah intervensi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah dan mengatasi nyeri pada pasien hipertensi.

Kata kunci : Hipertensi, nyeri, *Slow Deep Breathing*

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA HIPERTENSI PADA TN. E (KATZ INDEX A) DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG GARUT

Aldi Baihaqi
Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Karsa Husada Garut

ABTRACT

Hypertension, often referred to as the “silent killer,” requires effective nursing interventions to prevent complications. One promising non-pharmacological intervention is Slow Deep Breathing therapy, which is effective in managing both hypertension and acute pain. This descriptive case study aims to analyze nursing care for an elderly patient with stage 1 hypertension. The subject of the study was Mr. E, who had a Katz index scale of A. Data were collected through a series of stages: assessment, diagnosis formulation, intervention development, implementation, and evaluation. The initial assessment results indicated that Mr. E experienced headaches with a scale of 4 (out of 1-10) in the back of the head, neck, and nape. In addition, he also experienced disturbed sleep patterns, with a duration of only 2-3 hours per day, which caused weakness. Based on these findings, the nursing diagnosis established was acute pain and disturbed sleep patterns. After the Slow Deep Breathing therapy intervention was implemented, significant changes occurred. Mr. E's pain scale decreased drastically from 4 to 1, indicating that his acute pain had been resolved. Sleep pattern disturbances also improved, with patients reporting more restful sleep. This study concluded that Slow Deep Breathing therapy is an effective intervention for lowering blood pressure and managing pain in hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, pain, Slow Deep Breathing

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
KATA PENGANTAR	ii
ABSTRAK.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	4
1.3 Manfaat Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar hipertensi.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Klasifikasi	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.6 Patofisiologi	12
2.1.7 <i>Pathway</i>	13
2.1.8 Penatalaksanaan	14
2.1.9 Komplikasi	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan hipertensi	16
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	16
2.2.2 Analisa data	20
2.2.3 Diagnosis Keperawatan.....	20
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	21
2.2.5 Implementasi Keperawatan	21
2.2.6 Evaluasi Keperawatan	23
2.3 Konsep <i>slow deep breathing</i>	23
2.3.1 Definisi	24
2.3.2 Manfaat	25
2.3.3 Prosedur	26
2.3.4 <i>Evidence Based Practice</i>	27
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Tinjauan Kasus.....	29
3.1.1 Pengkajian Keperawatan	29
3.1.2 Riwayat kesehatan	30
3.1.3 Riwayat sosial dan spiritual	30
3.1.4 Pengkajian lansia	31
3.1.5 Riwayat ADL	39
3.1.6 Pemeriksaan fisik	40

3.1.7	Pemeriksaan diagnostik	42
3.1.8	Teraphy obat	42
3.1.9	Analisa data	43
3.1.10	Diagnosis keperawatan	43
3.1.11	Perencanaan	44
3.1.12	Implementasi	45
3.1.13	Catatan perkembangan	50
3.2	Analisis pembahasan tahap proses keperawatan	51
3.2.1	Pengkajian	51
3.2.2	Diagnosis	52
3.2.3	Intervensi	54
3.2.4	Implementasi	55
3.2.5	Evaluasi	57
3.2.6	Pembahasan EBP	59
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....		62
4.1	Kesimpulan	62
4.2	Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA.....		64

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya berdasarkan teori Nurarif A.H, dkk (2020). Selain itu, teori Kurniadi & Ulfa (2021) menjelaskan bahwa Hipertensi menjadi silent killer karena pada sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala apapun hingga pada suatu hari hipertensi menjadi stroke dan serangan jantung yang mengakibatkan penderitanya meninggal. Bahkan sakit kepala yang sering menjadi indikator hipertensi tidak terjadi pada beberapa orang atau dianggap keluhan ringan yang akan sembuh dengan sendirinya.

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 angka prevalensi hipertensi di dunia mencapai 1,13 Miliar penderita penyakit hipertensi. Dengan adanya data tersebut menjadi salah satu bukti bahwa setiap tahun jumlah penderita hipertensi terus mengalami peningkatan dan diperkirakan sebanyak 9,4 juta jiwa meninggal dunia disebabkan oleh penyakit hipertensi (Wulandari & Puspita, 2019).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Riskesdas terbaru pada tahun 2018 di Asia Tenggara, angka kejadian hipertensi mencapai 36% dan di negara Indonesia terjadi peningkatan sebanyak 34,1%. Angka kejadian ini mengalami

penambahan yang lumayan tinggi apabila dibandingkan dengan data yang diperoleh dari hasil Riskesdas pada tahun 2013 yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah masyarakat Indonesia yang berusia >18 tahun ada sebanyak 25,8% mengalami hipertensi dan terjadi peningkatan yang cukup signifikan pada saat dilakukan pengukuran tekanan darah pada usia diatas 60 tahun yaitu dengan hasil sebanyak 25,8% (Tirtasari & Kodim, 2019).

Kejadian hipertensi dapat terjadi seiring dengan bertambahnya usia yang dialami oleh seseorang. Penelitian yang dilakukan pada penderita hipertensi menunjukkan bahwa jumlah hipertensi terbanyak berada pada kelompok usia 60-70 tahun. Kondisi demikian terjadi karena semakin bertambahnya usia makin meningkat tekanan darah terutama tekanan darah sistolik (mafaza, wiratmadi, 7 andriani, 2016). Menurut penelitian yang dilakukan oleh diny dan kurniatun (2019) Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, umur, riwayat penyakit keluarga, obesitas dan kebiasaan merokok

Manifestasi klinik menurut (merdekawati et al, 2021) muncul setelah penderita mengalami hipertensi selama bertahun-tahun, gejalanya anatara lain sakit kepala oksipital terjadi saat bangun pagi akibat peningkatan intrakranial disertai mual dan muntah, sakit kepala pusing dan kelehan disebabkan oleh penurunan perfusi darah yang disebabkan oleh vasokonstriksi, tekanan darah tinggi menyebabkan kerusakan pada retina menyebabkan penglihatan kabur,

nokturia (peningkatan buang air kecil di malam hari) disebabkan oleh peningkatan aliran darah ke ginjal dan peningkatan filtrasi glomerulus.

Masalah yang timbul bagi klien dengan hipertensi menurut Nurarif (2020) diantaranya penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload, nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas b.d kelemahan, resiko cedera tentunya selain peran dokter yang memberikan terapi farmakologi dibutuhkan juga peran perawat. Perawat sebagai caregiver ini dapat dilaksanakan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat di evaluasi tingkat perkembangannya pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks (Potter & Perry, 2013).

Adapun dalam menangani masalah nyeri akut salah satu intervensi yang dapat diberikan yaitu teknik slow deep breathing. Berdasarkan penelitian dari Wisnatul Izzati, et al (2021) salah satu terapi nonfarmakologis untuk hipertensi yaitu pemberian *Slow Deep Breathing* yang telah dibuktikan ada pengaruh terhadap penurunan tekanan darah lansia pada penderita hipertensi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sumartini, et al (2019) bahwa teknik *Slow deep breathing* berpengaruh terhadap modulasi sistem kardiovaskuler

yang akan meningkatkan fluktuasi dari interval frekuensi pernafasan dan berdampak pada kontribusi terhadap penurunan tekanan darah.

Dari beberapa penelitian penulis berpendapat bahwa teknik slow deep breathing dapat memberikan pengaruh terhadap penurunan hipertensi dan nyeri kronis yang diderita klien. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik mengambil judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada TN E Dengan Hipertensi Dan Intervensi Pemberian Teknik Slow Deep Breathing Di Perum Jati Indah Tarogong Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan lansia hipertensi pada tn. E (*katz index A*) dengan terapi slow deep breathing terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi di Wilayah kerja Puskesmas Tarogong di Perumahan Jati Indah RT 01 RW 07” .

1.2.2 Tujuan Khusus

Melakukan pengkajian pada pasien Tn. E dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Tn. E dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Tarogong Garut

1.3 Manfaat Penulisan

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. E dengan hipertensi.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi.
3. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. E

dengan hipertensi berbasis Evidence Based Practice.

4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi berbasis Evidence Based Practice.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Tn. E dengan hipertensi.
6. Mahasiswa mampu menganalisis Evidence Based Practice ke dalam asuhan keperawatan pada Tn. E dengan hipertensi

1.3.1 Manfaat Teoritis

a. Bagi Ilmu Keperawatan

hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pada ilmu keperawatan berupa pengetahuan tentang pemberian teknik *slow deep breathing* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi

1.3.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat menjadi bahan referensi tambahan mengenai pemberian teknik *slow deep breathing* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi. Sehingga, dapat menambah wawasan serta meningkatkan kualitas Pendidikan di institusi.

b. Bagi Praktik Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga Kesehatan dalam memberikan Pendidikan Kesehatan pada pasien serta keluarga, khususnya pada pasien hipertensi. Sehingga dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada tindakan mandiri professional perawat.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan wawasan dan menambah kemampuan peneliti dalam memberikan teknik *slow deep breathing* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi.

4.1 Sistematika penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien hipertensi untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien serta dari status/rekam medis klien selama sakit.

Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut : BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, terdiri dari konsep dasar hipertensi, *Evidence Based Practice In Nursing: Teknik Slow Deep Breathing*

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi: laporan askep pada kasus yang diambil, dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dan catssatan perkembangan. *Evidence Based Practice* terkait intervensi

minimal dari 5 jurnal (5 nasional).

BAB IV Kesimpulan dan Saran, bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya berdasarkan teori Nurarif A.H., & Kusuma H. (2015).

Hipertensi menjadi *silent killer* karena pada sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala apapun hingga pada suatu hari hipertensi menjadi stroke dan serangan jantung yang mengakibatkan penderitanya meninggal. Bahkan sakit kepala yang sering menjadi indikator hipertensi tidak terjadi pada beberapa orang atau dianggap keluhan ringan yang akan sembuh dengan sendirinya berdasarkan teori Kurniadi & Ulfa (2015).

Hasil penelitian, Wijaya Putri (2015) menjelaskan bahwa Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang tidak berjalan semestinya dalam mempertahankan tekanan darah normal.

2.1.2 Etiologi

Guyton dan Hall (2017) menyampaikan bahwa etiologi penyakit hipertensi diklasifikasi menjadi dua:

a) Hipertensi primer (hipertensi esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi dimana penyebabnya tidak diketahui banyak factor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas system syaraf simpatis, sistem reninangiotensin, efek dalam sekresi Na, peningkatan Na dan Ca.

b) Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder atau biasa disebut hipertensi renal merupakan sekunder dari penyakit komorbid atau obat– obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disebabkan karena disfungsi renal akibat ginjal kronis atau penyakit renovaskular adalah penyebab sekunder yang paling sering terjadi.

2.1.3 Klasifikasi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan sfigmomanometer air raksa atau dengan tensimeter digital. Hasil dari pengukuran tersebut adalah tekanan sistol maupun diastol yang dapat digunakan untuk menentukan hipertensi atau tidak. Terdapat beberapa klasifikasi hipertensi pada hasil pengukuran tersebut. Adapun klasifikasi hipertensi menurut WHO adalah sebagai berikut (Widyanto dkk, 2013) :

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi ringan (stadium 1)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (stadium 2)	160-179	100-109
Hipertensi berat (stadium 3)	180-209	110-119
Hipertensi sangat berat (stadium 4)	210	120

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi dua, (Price, 2015)

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain itu penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan dapat terdiagnosis jika tekanan arteri tidak diukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan dalam hal ini merupakan gejala

terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa keluhan pasien yang menderita hipertensi yaitu

1. Mengeluh sakit kepala (pusing)
2. Lemas serta kelelahan
3. Sesak nafas
4. Gelisah
5. Mual beserta muntah
6. Kesadaran menurun

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan kusuma, 2015) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
2. BUN /kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
3. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
4. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
5. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati
6. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit

jantung hipertensi

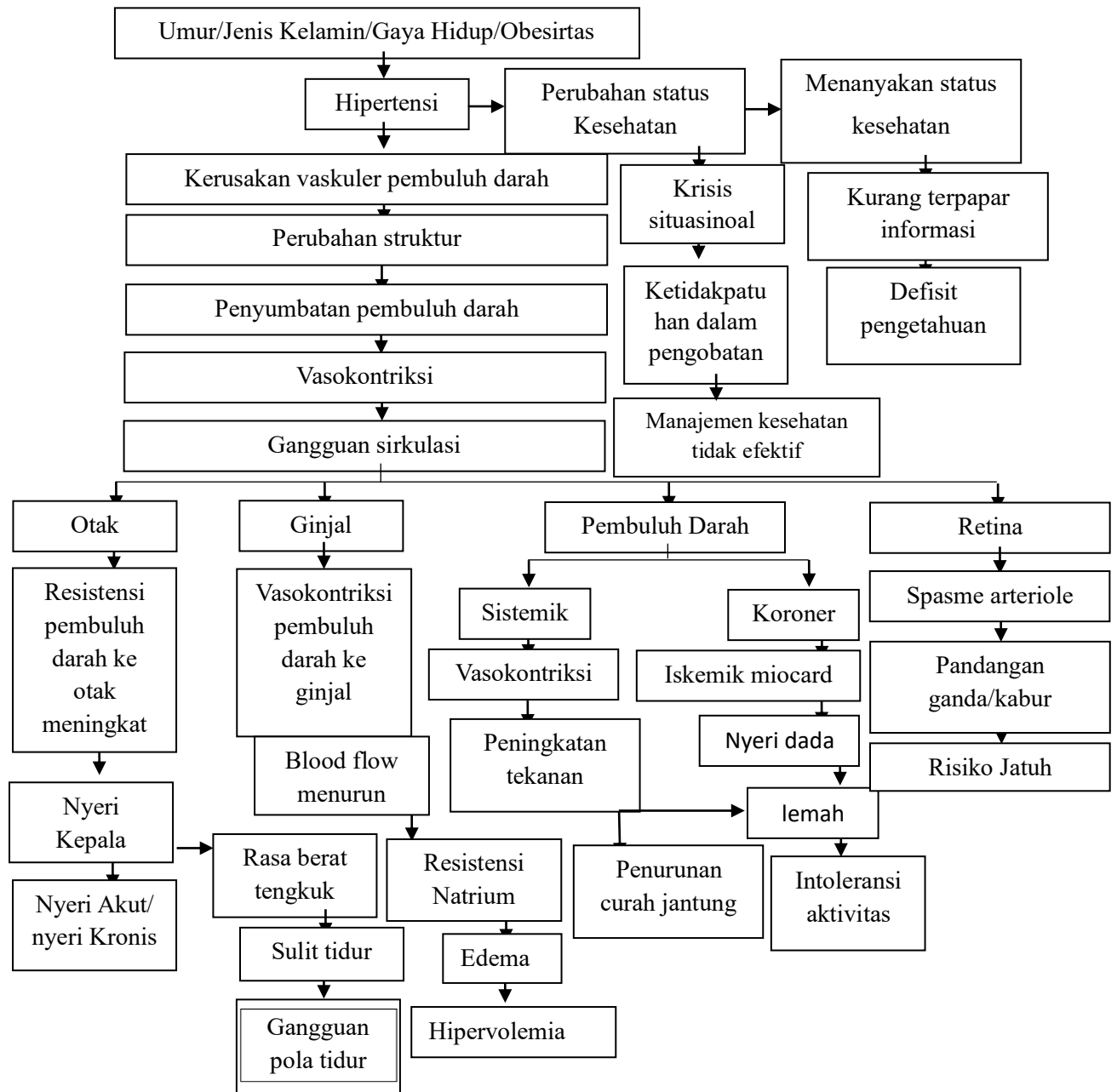
7. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti Batu ginjal, perbaikan ginjal.
8. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.1.6 Patofisiologi

Berdasarkan teori Nurarif & Kusuma (2015) menjelaskan bahwa mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Berbagai factor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor.

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume instravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi.

2.1.7 Patway Hipertensi



Sumber: (Dafriani, 2019)

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Triyatno (2014) penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu secara nonfarmakologis dan farmakologi.

a. Terapi non farmakologi

Merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor resiko serta penyakit lainnya.

b. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti : angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi hipertensi menurut Triyanto (2014) adalah :

a. Penyakit jantung

Komplikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung

b. Ginjal

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler - kapiler ginjal glomerulus. Rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema

c. Otak

Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri - arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahi berkurang.

d. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. Kerusakan Pada Pembuluh Darah Arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Lansia

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan perlindungan dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu atau kelompok,

seperti di rumah atau di lingkungan panti werdha, maupun puskesmas yang diberikan oleh perawat (Nugroho, 2023)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dari proses keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data sesuai kebutuhan dasar manusia dan memberikan gambaran tentang keadaan pasien. Terdiri dari pengumpulan data, pengelompokan data, dan perumusan diagnosis keperawatan.

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data di kumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat masyarakat dan rekam medik (Sugiono, 2013) data yang dikumpulkan sebagai berikut :

- Biodata

Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, suku bangsa, agama dan pekerjaan.

- Riwayat kesehatan sekarang

Pada pemeriksaan kesehatan pada pasien hipertensi umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat, sakit kepala akan bertambah ketika melakukan aktivitas dan hilang timbul, istirahat terganggu yang akan mengganggu aktivitas sehari-hari. Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PQRST>

- 1) Paliatif : apa yang menjadi keluhan sehingga lebih besar atau lebih ringan
 - 2) Quantitas : bagaimana nyeri dirasakan
 - 3) Region : di daerah mana nyeri dirasakan apakah menyebar
 - 4) Skala : intensitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak
 - 5) Time : kapan waktunya mulai terjadi keluhan
- Riwayat kesehatan dahulu
 penderita hipertensi biasanya ditandai dengan menderita penyakit diabetes melitus, penyakit ginjal, obesitas, ada riwayat merokok (Cahyani, 2020)
 - Riwayat kesehatan keluarga
 Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi. Faktor gen berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membrane sel. Orang tua yang menderita hipertensi 40% kepada anaknya. (azizah,2021)
 - Pengkajian activity of daily living untuk mengetahui kemampuan seseorang dalam melakukan adl secara mandiri yang meliputi mandi, makan, toileting, kontinen, berpakaian, dan berpindah.
 - Format pengkajian lansia meliputi :
 - 1) Pemeriksaan status mental dan spiritual mencakup kondisi dan emosi klien, kebutuhan spiritual klien misalnya kebutuhan untuk beribadah, masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual, dan upaya untuk mengatasi masalah kebutuhan spiritual
 - 2) pemeriksaan apgar keluarga untuk menggambarkan hubungan internal individu langsung kepada seluruh anggota keluarganya

- 3) Pemeriksaan fungsi kognitif untuk mendeteksi gangguan kognitif dengan cara memberikan sederet pertanyaan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang berhubungan dengan pemahaman, memori, komunikasi
 - 4) Pengkajian status fungsional kemandirian katz indeks untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus perbaikannya
 - 5) Pengkajian screening faal functional reach (fr) test yang merupakan alat ukur untuk keseimbangan yang berfungsi untuk mengukur kemampuan dalam meraih suatu benda dalam posisi berdiri tegak
 - 6) Pemeriksaan skala depresi untuk membantu mengetahui apakah seseorang mengalami depresi.
- Pemeriksaan fisik
- 1) Tanda-tanda vital
Adanya peningkatan dalam tekanan darah dari normalnya 120/80 mmhg
 - 2) Sistem penglihatan
Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya ingat sebagian, penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenal dengan baik.
 - 3) Sistem pernafasan
Pada proses penuaan terjadi jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara mengalir ke paru berkurang.

4) Sistem kardiovaskular

Perubahan pada sistem kardiovaskuler adalah masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat.

5) Sistem integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut, kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercak kekeringan kulit disebabkan atropi glandula.

6) Sistem muskuloskeletal

Pada tulang biasanya kepadatan tulang berkurang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologis sehingga akan mengakibatkan osteoporosis

7) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekresi dan reabsorpsi oleh ginjal

8) Sistem neurologi

Susunan saraf mengalami perubahan anatomo dan atropi yang progresif pada serabut lansia

2.2.2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : -Klien mengeluh nyeri Do : -Klien tampak meringis -Bersikap protektif misalnya waspada posisi menghindari nyeri -Gelisah -Frekuensi nadi meningkat -Sulit tidur -Tekanan darah meningkat	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Suplai O ₂ ke otak berkurang ↓ Resisten pembuluh darah ke otak menurun ↓ Nyeri kronis	Nyeri Kronis
2	Ds : - Klien mengatakan sulit dalam menjalani program pengobatan Do : - Klien gagal melakukan tindakan untuk mengurangi factor resiko - Klien gagal menerapkan program perawatan/ pengobatan dalam kehidupan sehari-hari - Aktivitas hidup Klien sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Ketidakpatuhan dalam pengobatan ↓ Manajemen kesehatan tidak efektif	Manajemen Kesehatan tidak efektif
3	Ds :	Hipertensi	Gangguan pola

- Klien mengeluh sulit tdiur - Klien Mengeluh sering terjaga - Klien mengeluh pola tidur berubah - Klien megeluh tidak puas tidur - Klien mengeluh istirahat tidak cukup Do: -	↓ Rasa berat tengkuk ↓ Sulit tidur ↓ Gangguan pola tidur	tidur
---	--	-------

2.2.3 Diagnosis Keperawatan (SDKI)

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Nurarif, 2015 dan Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu Nyeri akut (D.0077), resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017), intoleransi aktivitas (serta resiko jatuh (D.0143).

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri kronis (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 30 menit , maka tingkat nyeri (L.08066) menurun, dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi skala nyeri b. Identifikasi respon nyeri non verbal c. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (TENS, hypnosis, akupuntur, terapi music, aromaterapi) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
Penurunan Curah jantung	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah membaik 2. Edema menurun 3. Lelah menurun	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi • Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). • Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen

		• Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) • Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Monitor fungsi alat pacu jantung • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik • Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: • Keluhan Lelah menurun • Dispnea saat aktivitas menurun • Dispnea setelah aktivitas menurun • Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

		• Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Hipervolemia	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan status cairan membaik dengan kriteria hasil: • Output urin meningkat • Tekanan darah membaik • Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi • Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hypervolemia • Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia • Monitor intake dan output cairan • Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) • Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) • Monitor kecepatan infus secara ketat • Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

		Terapeutik • Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi • Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari • Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian diuretic • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic • Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur • menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup • menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak • air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

		• Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidurterjaga Edukasi • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 30 menit, maka diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil : • Menerapkan program perawatan meningkat • Aktivitas kehidupan sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan • Konsentrasi	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang

	membaik • Pola tidur membaik	dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan • Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat • Latih Teknik relaksasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan

	• Perilaku sesuai anjuran meningkat • Verbalisasi minat dalam belajar meningkat • Kemampuan menjelaskan pengetahuan • Tentang suatu topik meningkat • Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat • Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat • Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun • Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Risiko Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : • Jatuh dari tempat tidur menurun • Jatuh saat berdiri menurun • Jatuh saat duduk menurun • Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi • Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) • Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi • Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu • Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

		Terapeutik • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci • Pasang handrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station • Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--

2.2.5 Implementasi

Implementasi/pelaksanaan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam 2013). Tahap Implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi

masalah kesehatan klien.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2013).

2.4 Konsep Teknik *Slow Deep Breathing*

2.3.1 Definisi

Slow deep breathing/relaksasi nafas dalam adalah tindakan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernafasan secara lambat dan dalam sehingga menimbulkan efek relaksasi. *Slow deep breathing* ialah salah satu bagian dari latihan relaksasi dengan teknik latihan pernapasan yang dilakukan secara sadar.

Slow deep breathing merupakan relaksasi yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat. Terapi relaksasi banyak 24 digunakan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat mengatasi berbagai masalah, misalnya stress, ketegangan otot, nyeri, hipertensi, gangguan pernapasan, dan lain-lain. Relaksasi secara umum merupakan keadaan menurunnya kognitif, fisiologi, dan perilaku berdasarkan penelitian Sepdianto *et al.*, (2022).

Relaksasi dapat diaplikasikan sebagai terapi non farmakologis untuk mengatasi stress, hipertensi, ketegangan otot, nyeri dan gangguan pernafasan. Terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya aktivitas otak dan fungsi tubuh lain pada saat terjadinya relaksasi. Respon relaksasi ditandai dengan penurunan tekanan darah, menurunnya denyut nadi, jumlah pernafasan serta konsumsi oksigen berdasarkan penelitian Sepdianto *et al.*, (2022).

2.3.2 Manfaat

Berdasarkan penelitian Sepdianto *et al.*, (2014) terdapat beberapa manfaat yaitu

(1) Menurunkan tekanan darah

Slow deep breathing memberi manfaat bagi hemodinamik tubuh. Slow deep breathing memiliki efek peningkatan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan yang berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleks dan dapat mempengaruhi tekanan darah. Slow deep breathing juga meningkatkan central inhibitory rhythmus sehingga menurunkan aktivitas saraf simpatis yang akan menyebabkan penurunan tekanan darah pada saat barorefleks diaktivasi

(2) Menurunkan nyeri

Slow deep breathing merupakan metode relaksasi yang dapat memengaruhi respon nyeri tubuh. Slow deep breathing menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan aktivitas saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan otak dan konsumsi otak akan oksigen berkurang sehingga menurunkan respon nyeri tubuh.

(3) Menurunkan tingkat kecemasan

Slow deep breathing merupakan salah satu metode untuk membuat tubuh lebih relaksasi dan menurunkan kecemasan. Relaksasi akan memicu penurunan hormone stress yang akan memengaruhi tingkat kecemasan melakukan penelitian dan didapatkan hasil bahwa slow deep breathing memengaruhi tingkat kecemasan pada penderita hipertensi.

2.3.3 Prosedur Pelaksanaan

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

SLOW DEEP BREATHING EXERCISE

Pengertian	Slow deep breathing (nafas dalam) adalah bentuk latihan nafas yang terdiri atas pernafasan abdominal (diafragma) dan purse lips breathing (Asmadi, 2012)
Tujuan	Terapi relaksasi nafas dalam dan lambat (slow deep breathing) untuk menurunkan tekanan darah
Waktu	Waktu yang dibutuhkan untuk memberikan terapi slow deep breathing 10 menit, frekuensi 3 kali sehari dalam 3 hari
Prosedur	2. Persiapan a. Pasien diukur tekanan darah sebelum terapi b. Siapkan lingkungan yang nyaman dan tenang. c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan 3. Pelaksanaan a. Persiapan sebelum Terapi 1) Atur posisi klien duduk dengan rileks

	2) Flesikan lutut klien untuk merelaksasikan otot abdomen 3) Tempatkan 1 atau 2 tangan pada abdomen, tepat dibawah tulang iga. b. Pelaksanaan 1) Anjurkan klien melakukan tarik nafas secara perlahan dan dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. 2) Tarik nafas selama 3 detik dan rasakan abdomen mengembang selama menarik nafas. 3) Tahan nafas selama 3 detik. 4) Hembuskan udara lewat bibir seperti meniup (purse lips breathing) secara perlahan selama 6 detik. Rasakan abdomen bergerak ke bawah. 5) Ulangi langkah 1 sampai 4 selama 5 menit dengan tiap menit 6 siklus 2. Terminasi Setelah exercise selesai dilaksanakan ukur tekanan darah pasien
--	--

2.3.4 Analisis Evidence Based Practice

No	Penulis dan Tahun Terbit	Judul Jurnal	Sample	Hasil penelitian
1	Ni Putu Sumartini, dkk, 2019	Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Tekanan Darah Lansia Hipertensi Di Puskesmas Ubung Lombok Tengah	30 orang	Hasil Penelitian menunjukkan bahwa ada perubahan pretest dan posttest tekanan darah sistol kelompok intervensi didapatkan nilai signifikansi (p value) 0.001 sehingga H_0 ditolak dan disimpulkan bahwa terdapat pengaruh slow deep breathing terhadap tekanan darah sistol pretest dan posttest pada kelompok intervensi, sedangkan tekanan darah diastol pada kelompok intervensi didapatkan nilai signifikansi (p value) 0.004 sehingga H_0 ditolak dan disimpulkan terdapat pengaruh slow deep breathing terhadap tekanan darah diastol pretest dan posttest pada kelompok

				intervensi. Dari hasil perhitungan ini, terdapat pengaruh <i>slow deep breathing</i> terhadap tekanan darah lansia hipertensi di Puskesmas Ubung Lombok Tengah.
2	Rizki Sari Utami Muchtar, dkk, 2022	Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi	30 reponden	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi <i>slow Deep breathing</i> terhadap penurunan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi, oleh karena itu hasil penelitian ini memberikan alternatif pada praktek keperawatan, serta perawat komunitas, dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama dalam hal penanganan non farmakologi. sebagaimana dengan hasil penelitian yang penulis dapatkan, penelitian ini juga memberikan ilmu baru seputaran penanganan hipertensi menggunakan penatalaksanaan non farmakologi melalui terapi <i>slow Deep Breathing</i> bagi pendidikan keperawatan dan memberikan saran baru memperoleh pengetahuan seputaran <i>slow deep breathing</i> bagi peneliti selanjutnya
3	Bahtiar Yusuf, dkk, 2021	Penerapan Latihan <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi: Literature Review	review terhadap 4 artikel	Berdasarkan pada beberapa hasil penelitian dalam literature review ini terlihat bahwa terdapat pengaruh setelah dilakukan latihan <i>Slow Deep Breathing</i> yang terbukti efektif menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Diharapkan kepada pihak institusi agar dapat memfasilitasi petugas pelayanan khususnya perawat, dengan mengadakan pelatihan ini untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kepada penderita

				hipertensi
4	Mohamad Khafidh Rio, dkk, 2022	Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Prambatan Lor	32 responden	Ada pengaruh yang bermakna dalam pemberian <i>Slow Deep Breathing</i> terhadap penurunan tekanan darah kelompok Intervensi sebesar $p=0,002$. Tidak ada pengaruh yang bermakna dalam komunikasi terapeutik terhadap penurunan tekanan darah kelompok kontrol sebesar $0,0083$.
5	Wisnatul Izzati, dkk, 2021	Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi	14 orang	Dari hasil analisa data dengan menggunakan paired t-test didapatkan p-value $0,000$ ($p < 0,05$), dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian <i>Slow Deep Breathing</i> terhadap tekanan darah lansia penderita hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian dapat disarankan penggunaan <i>Slow Deep Breathing</i> sebagai salah satu terapi nonfarmakologis untuk hipertensi

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

Tanggal : 21 Juli 2025

Jam : 15.00 WIB

Nama Pengkaji : Aldi Baihaqi

3.1.1.1 Identitas Pasien

1. Nama : Tn E
2. Tempat /tgl lahir : Garut, 15 juni 1959
3. Umur : 66 tahun
4. Jenis Kelamin : laki-laki
5. Status Perkawinan : Duda
6. Agama : Islam

3.1.1.2 Identitas Penanggung Jawab

1. Nama : Ny. W
2. Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 17 April 1983
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Umur : 40 Tahun
5. Hubungan Dengan Pasien : Saudara

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

klien mengeluh nyeri kepala

2. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengeluh nyeri kepala. Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dan ditekan. Nyeri di bagian kepala bagian belakang, leher, dan tengkuk. Nyeri yang dirasakan seperti hilang timbul, skala nyeri 4 (1-10). klien tampak lemas. Hasil pemeriksaan Tanda-Tanda Vital, TD : 150/90 mmhg, N : 90 x/menit, S : 36,8 °C , SPO2 : 95 %, R : 22x/menit

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 15 tahun lalu

4. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan dikeluarga tidak ada penyakit keturunan

3.1.3 Riwayat Sosial dan Spiritual

a. Aspek sosial

1. Pola koping

klien mengatakan jarang memeriksa kesehatannya ke Puskesmas/klinik

2. Pola interaksi

klien mampu berinteraksi dengan baik ke keluarga, perawat maupun dokter.

3. Pola komunikasi

Komunikasi klien baik dan dapat menjawab pertanyaan sesuai dengan yang diajukan.

b. Aspek spiritual

1. Falsafah hidup

klien mengatakan bahwa sakit yang di deritanya adalah cobaan dari Allah SWT, Allah yang memberikan kita sehat juga yang maha menyembuhkan.

2. Konsep ketuhanan

klien mengatakan bahwa tuhan semesta adalah Allah SWT. Pasien mengatakan selalu melakukan ibadah sholat 5 waktu meskipun sedang sakit.

3.1.4 Pengkajian Fungsi kesehatan

a. Mengenal Masalah

Tn. E sudah mengetahui penyakit yang dideritanya yaitu hipertensi

b. Memutuskan tindakan yang tepat

Tn. E tidak rutin dalam mengonsumsi obat antihipertensi, tidak rutin memeriksakan kondisi kesehatannya, dan gagal dalam menjauhi pantangan makanan

c. Memberikan perawatan/melakukan perawatan pada yang sakit

Tn. E tidak rutin mengonsumsi obat dan suka melanggar pantangan makanan yang dilarang

d. Modifikasi lingkungan

Tn. E suka memebereskan dan merapikan lingkungan rumahnya sendiri

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tn. E sudah memanfaatkan fasitias kesehatan tapi tidak rutin memeriksakan

3.1.5 Pengkajian Lansia

1) Apgar Keluarga

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			√
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya		√	
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.		√	

4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		√	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama- sama mengekspresikan afek dan berespon		√	
JUMLAH		4 Disfungsi	Keluaga	Sedang

Penilaian : Normal

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

2) Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : jam 16.00	√	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2025	√	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab : 1959	√	
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : 66 tahun	√	
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : Garut	√	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : tidak ada	√	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal Bersama Bapak/Ibu ? Jawab : tidak ada	√	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 17 Agustus 1945	√	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Prabowo	√	

10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab : 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	√	
	Jumlah	10	

Analisis Hasil : Normal

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh
 Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan
 Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang
 :8-10 : Kerusakan intelektual Berat

3) Pengkajian MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	2025	
	2. Musim apa sekarang ?	Hujan	
	3. Tanggal berapa sekarang ?	21	
	4. Hari apa sekarang ?	Senin	
	5. Bulan apa sekarang ?	Juli	
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	Indonesia	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	Jawa barat	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	Garut	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	Tarogong Kaler	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	Jati	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. lemari	√	
	12. pensil	√	
	13. kertas	√	

3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K	√	
	15. A	√	
	16. P	√	
	17. A	√	
	18. B	√	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19. lemari	√	
	20. pensil	√	
	21. kertas	√	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	√	
	23. Pensil	√	
	b. Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “	√	
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	√	
	26. Lipat dua !	√	
	27. Taruh dilantai !	√	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	√	
	29. Tulis satu kalimat	√	

	30. Salin gambar	√	
	JUMLAH	30	

Analisis hasil : 30 normal tidak ada kerusakan kognitif

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

4) Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	√	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4	Berpindah	√	

	Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Analisis Hasil :

Setelah dilakukan pengkajian kts indeks tn. Y Nilai A karena mandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.

5) Screening Faal Fungtional Reach (FR) Test

No	Langkah
1	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Kedepan
2	Beri Tanda Letak Tangan I
3	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

INTERPRETASI :

Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

Hasil Pemeriksaan :

18 cm (lebih dari 6 inci) tidak ada resiko roboh / jatuh

6) THE TIMED UP AND GO (TUG) TEST

No	Langkah
1	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah(3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

INTERPRETASI :**Score:**

≤ 10 detik : low risk of falling

11 - 19 detik : low to moderate risk for falling

20 – 29 detik : moderate to high risk for falling

≥ 30 detik : impaired mobility and is at high risk of falling

Hasil Pemeriksaaan :

Waktu <10 detik low risk of falling maka resiko jatuh Tn Eberada pada resiko jatuh rendah sampai sedang.

7) Geriatric Depression Scale Skala Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	Tidak	√
2	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda		Ya √
3	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?	√	Ya
4	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?		Ya √
5	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	Tidak	√
6	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?	√	Ya
7	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	Tidak	√
8	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?	√	Ya
9	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		Ya √
10	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang ?	√	Ya
11	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?		Ya √
12	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?	√	Ya
13	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?		Ya √
14	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?	√	Ya
15	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	√	Ya

*) Setiap Jawaban Yang Sesuai Mempunyai Skor “1 “ (Satu) :

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor 10 > : Depresi

Hasil : skor 3 maka tidak ada kemungkinan depresi pada tn. Y

1.1.5 Riwayat ADL

No	ADL	Sebelum sakit	Saat Sakit
1	Makan Frekuensi Jenis Porsi Keluhan Minum Jenis Frekuensi Keluhan	3x/hari nasi, laukpauk, sayur 1 porsi Tidak ada Air putih, susu8 gelas/hari Tidak ada	2x/hari Nasi, laukpauk, sayur1 porsi Tidak ada Air putih 4 gelas/hari Tidak ada
2	Istirahat dan tidur Malam Berapa jam Keluhan Siang Berapa jam Keluhan	7-8 jam/hari Tidak ada 1-2 jam/hari Tidak ada	4-5 jam/hari Klien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri kepala Klien mengeluh sering terbangun tidak tidur
3	Eliminasi BAK Frekuensi Jumlah Warna Keluhan BAB Frekuensi Warna Keluhan	4-5x/hari Sedikit Khas urineTidak ada 1x/hari Khas feses Tidak ada	3x\ hari Khas urine Tidak ada 2 hari sekali Khas feses Tidak ada
4	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Ganti pakaian	2x/hari 2x/hari 2x/hari	1x/hari 1x/hari 2 hari sekali
5	Mobilitas dan Aktivitas	Bekerja	istirahat

3.1.6 pemeriksaan fisik

(1) keadaan Umum : Compos mentis

(2) Tanda-tanda Vital

TD : 150/90 mmHg

Nadi : 90x/mnt

RR : 22x/mnt

Suhu : 36°C

(3) Pemeriksaan fisik persistem

(a) Sistem pernafasan

Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada jejas, tidak ada edema, frekuensi pernapasan 20x/menit, suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan.

(b) Sistem kardiovaskuler

Klien tidak mengalami nyeri dada, tidak terdengar bunyi murmur, tidak terdapat edema. bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan. Tekanan darah 150/90 mmHg dan nadi teratur dengan frekuensi 90x/mnt.

(c) Integumen

Warna kulit sawo matang, kulit lembab, bersih, keriput, tidak ada luka lecet pada kulit, akral teraba hangat, turgor kulit normal dan tidak ada nyeri tekan.

(d) Hemapoetik

Klien tidak mengalami perdarahan/memar, tidak anemia, tidak ada pembengkakkan kelenjar limfa ataupun riwayat transfusi darah sebelumnya.

(e) Sistem muskuloskeletal

Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi.

Kekuatan otot

5	5
5	5

(f) Sistem saraf pusat

Aspek kognitif dari fungsi mental baik, saraf sensori nyeri tusuk.

Tingkat kesadaran compos mentis. Tanda rangsangan otak (meningeal sign) :

- N I (olfaktorius) : penciuman baik, bisa membedakan bau-bauan.
- N II (optikus) : jarak pandang baik
- NIII (okulomotorius) : adanya reflek rangsangan pada pupil
- N IV (troklearis) : bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
- N V (trigeminus) : tidak ada kesulitan mengunyah

- N VI (abducent) : bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
- N VII (facialis) : pengecapan terhadap rasa-rasa baik
- NVIII (vestibulocochlearis) : pendengaran baik
- N IX (glossopharyngeus) : tidak ada nyeri telan
- N X (vagus) : bisa mengucapkan “ah” dan menelan saliva
- N XI (accessorius) : bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan
- NXII (hypoglossus) : bisa menjulurkan menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri

Fungsi motorik klien normal, bisa menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, nilai motorik 6 (mengikuti perintah), Fungsi sensorik normal, tidak ada masalah pada fungsi sensorik, reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-)

3.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 15 Juni 2025 Pukul 10.30 WIB

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	13.0 g/dl	12 – 15 g/dl
Hematokrit	38,6 %	34,9 – 44,5 %
Leukosit	11,52 u/L	4,5 – 11 u/L
Eritrosit	4,53 u/L	4,2 – 5,4 u/L

3.1.8 Terapi Obat

Nama obat	Dosis	Cara Pemberian
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral

3.1.9 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : -Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk -klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun lalu DO : - TD : 150/90 mmHg - N : 90 x/menit - S : 36,8 °C - Rr : 22x/ menit	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Suplai O2 ke otak berkurang ↓ Resisten pembuluh darah ke otak menurun ↓ Terjadi berulang-ulang dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan ↓ Nyeri kronis	Nyeri kronis
Ds : - Tn. E mengatakan tidak rutin dalam mengonsumsi obat antihipertensi Do : - Tn. E tidak rutin memeriksakan kondisi kesehatannya - Tn. E gagal dalam menjauhi pantangan makanan	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Ketidakpatuhan dalam pengobatan ↓ Manajemen kesehatan tidak efektif	Manajemen kesehatan tidak efektif
Ds : - Klien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri kepala - Klien mengeluh kurang tidur hanya 4-5 jam	Hipertensi ↓ Retensi pembuluh darah ke otak menurun	Gangguan pola tidur

- Mengeluh sering terbangun karena sakit kepala Do : klien tampak lesu	↓ Nyeri akut ↓ Gangguan pola tidur	
---	---	--

3.1.10 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d agen pencedera fisiologis

DS :

- Klien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak nyaman pada tengkuk
- klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun lalu

DO :

- TD : 150/90 mmHg
- N : 90 x/menit
- S : 36,8 °C
- Rr : 22x/ menit

2. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d ketidakpatuhan

Ds :

- Tn. E mengatakan tidak rutin dalam mengonsumsi obat antihipertensi

Do :

- Tn. E tidak rutin memeriksakan kondisi kesehatannya
- Tn. E gagal dalam menjauhi pantangan makanan

3. Gangguan pola tidur b.d ketidaknyamanan fisik (nyeri kepala)

Ds :

- Klien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri kepala
- Klien mengeluh kurang tidur hanya 4-5 jam
- Mengeluh sering terbangun karena sakit kepala

Do :

- klien tampak lesu

3.1.11 Perencanaan

Diagnosis Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri kronis (D.0078)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 30	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi skala nyeri	Tindakan Observasi a. Untuk mengetahui lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi,

	menit, maka tingkat nyeri (L.08066) menurun, dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik	2. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik slow deep breathing) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik slow deep breathing - Anjurkan monitor nyeri secara mandiri	kualitas, dan intensitas nyeri - Untuk mengetahui respon nyeri nonverbal - untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer efektif atau tidak efektif. Terapeutik - untuk membuat klien mengetahui proses perawatan yang akan dilakukan - untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien - untuk kebutuhan tidur klien terpenuhi - agar tindakan yang diberikan sesuai dengan jenis nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien Edukasi - agar klien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan - agar klien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit - agar ketika nyeri yang dirasakan klien klien bisa memberitahu ke keluarga atau perawat jaga
Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 30 menit, maka diharapkan manajemen kesehatan meningkat dengan kriteria hasil : Menerapkan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan	Tindakan Observasi - Untuk menanyakan kesiapan menerima informasi Terapeutik - Untuk memberikan informasi terkait penyuluhan - Untuk menentukan jadwal penyuluhan - Memberikan kesempatan untuk menanyakan yang

	program perawatan meningkat b. Aktivitas kehidupan sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan	d. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi e. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan f. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat g. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	tidak dipahami Edukasi e. Agar Tn. E mengetahui dampak dari penyakit yang diderita f. Agar Tn. E Selalu memperhatikan lingkungan untuk selalu bersih dan sehat g. Agar Tn. E selalu konsisten berperilaku bersih dan sehat
Gangguan pola tidur tidak efektif (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 30 menit pola tidur membaik dengan kriteria hasil : a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun d. Keluhan pola tidur berubah menurun e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur d. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi e. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit f. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur g. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	Tindakan Observasi a. untuk mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur b. untuk mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pasien Terapeutik c. untuk memberikan rasa nyaman pada pasien d. agar pasien mampu menerapkan jadwal tidur rutin Edukasi e. agar pasien mengetahui pentingnya tidur selama sakit f. agar klien menepati jadwal tidur yang telah dibuat. g. Agar pasien bisa menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

3.1.12 Implementasi Dan Respon

Dx	Hari/Tgl	Waktu	Implementasi	Respon	Paraf
Nyeri kronis	Senin 21/07/2025	15.30	1. Mengidentifikasi skala nyeri	1. Tn. E mengatakan skala nyeri 4(1-10)	Aldi
		15.32	2. Mengidenfitikasi respon nyeri non verbal	2. Tn. E tampak meringis	
		15.35	3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Teknik slow deep breathing</i>)	3. Tn.E tampak memeragakan	
		15.40	4. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	4. Klien tampak memperhatikan penjelasan	
		15.45	5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan teknik <i>slow deep breathing</i>	5. Tn.E tampak memperhatikan	
Manajemen Kesehatan tidak efektif (D.0116)	Senin 21/07/2025	15.50	1. Mengidentifikasi Kesiapan dan kemampuan dalam menerima informasi	1. Tn.E mengatakan siap	Aldi
		15.52	2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	2. Tersedia leaflet	
		15.53	3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	3. Penkes dilaksanakan Selasa 21/07/2025	
		15.55	4. Memberikan kesempatan untuk bertanya	4. Tn.E tampak bertanya	
		16.00	5. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	5. Tn. E tampak memperhatikan	
		16.10	6. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	6. Tn. E memperhatikan dan mengerti	
Gangguan pola tidur	Senin 21/07/2025	16.15	1. mengidentifikasi pola aktifitas dan	1. Tn.E mengatakan	Aldi

		16.18	tidur 2. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	tidur 4-5 jam 2. Tn.E mengatakan sering terjaga	
		16.20	3. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	3. Tn.E menerapkan teknik <i>slow deep breathing</i> 3x1 selama 3 hari	
		16.30	4. Menetapkan jadwal tidur secara rutin 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 6. Menganjurkan menepati jadwal tidur 7. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	4. Tn. E memahami jadwal yang telah diberikan 5. Tn. E memahami 6. Tn. E memahami jadwal tidur 7. Tn.E memahami makanan/minuman yang mengganggu tidur	

3.1.13 Catatan Perkembangan

Dianosa kep	Hari/Tgl	Catatan Perkembangan	Paraf
Nyeri kronis	selasa, 22/07/2025	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3 (1–10) setelah latihan pernapasan. O: Ekspresi nyeri berkurang, pasien tampak lebih tenang, aktif bertanya mengenai cara lain mengurangi nyeri. - TD : 140/80 mmHg - N : 92 x/menit - S : 36,6 °C - RR : 20x/ menit A: Nyeri berkurang, pasien mulai terbiasa dengan teknik koping nonfarmakologis. P: Lanjutkan latihan <i>slow deep breathing</i>, berikan reinforcement positif, evaluasi pemicu nyeri. I: Melatih pasien melakukan pernapasan dalam secara rutin, memberi penjelasan tambahan,	Aldi

		mendukung pasien lebih aktif. E: Pasien melaporkan nyeri skala 3, tampak lebih rileks, ekspresi nyeri berkurang, kooperatif.	
Manajemen Kesehatan tidak efektif	selasa, 22/07/2025	S: Pasien mengatakan sudah memahami sebagian informasi dari pendidikan kesehatan sebelumnya. O: Pasien aktif bertanya lebih detail tentang penyakit dan pencegahannya. A: Terdapat peningkatan pengetahuan, pasien lebih responsif terhadap materi kesehatan. P: Melanjutkan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan pasien, mendorong pasien untuk mengulang informasi, serta memberikan reinforcement positif. I: Perawat melaksanakan penyuluhan sesuai jadwal, menjawab pertanyaan pasien, serta menekankan strategi pencegahan penyakit. E: Pasien tampak aktif bertanya, kooperatif, dan mampu mengulang kembali sebagian informasi yang diberikan.	
Gangguan pola tidur	Selasa, 22/07/2025	S: Pasien mengatakan mulai mencoba teknik slow deep breathing sebelum tidur. O: Pasien tampak lebih rileks saat menjelang tidur, meskipun masih terbangun 1–2 kali di malam hari. A: Pola tidur mulai membaik, pasien mampu mencoba strategi manajemen tidur. P: Lanjutkan latihan relaksasi, evaluasi kualitas tidur, anjurkan kepatuhan pada jadwal tidur. I: Perawat melatih pasien melakukan slow deep breathing 3x1 kali sehari, memberi reinforcement positif, serta memonitor kepatuhan jadwal tidur. E: Pasien melaporkan tidur 5–6 jam, masih terbangun, namun merasa lebih segar saat bangun pagi.	Aldi
Nyeri Kronis	Rabu 23/07/2025	S: Pasien mengatakan nyeri semakin berkurang, skala nyeri 2 (1–10), merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak rileks, mampu melakukan teknik napas dalam secara mandiri, kooperatif. - TD : 140/80 mmHg - N : 95 x/menit - S : 36,6 °C - RR : 20x/ menit A: Nyeri semakin terkontrol, terdapat perbaikan signifikan. P: Pertahankan teknik pernapasan dalam, lanjutkan monitoring nyeri, edukasi pasien untuk latihan mandiri di rumah.	Aldi

		I: Memberikan motivasi pasien untuk melakukan teknik mandiri, melakukan evaluasi nyeri, memberi edukasi lanjutan. E: Pasien melaporkan nyeri skala 2, tampak rileks, mampu melakukan teknik tanpa arahan.	
Manajemen Kesehatan tidak efektif	Rabu 23/07/2025	S: Pasien mengatakan lebih paham mengenai faktor risiko dan cara pencegahan. O: Pasien dapat menjelaskan kembali sebagian materi dengan bahasa sendiri, terlihat percaya diri. A: Pengetahuan kesehatan semakin meningkat, kemampuan manajemen kesehatan mulai membaik. P: Memberikan edukasi lanjutan, melatih pasien dalam membuat rencana sederhana menjaga kesehatannya, dan memberikan motivasi. I: Perawat mengajarkan strategi sederhana untuk mengurangi faktor risiko, memberikan contoh praktik nyata, serta memotivasi pasien. E: Pasien mampu menjelaskan ulang materi, memahami risiko, dan menunjukkan sikap antusias.	Aldi
Gangguan Pola tidur	Rabu 23/07/2025	S: Pasien mengatakan tidur lebih lama, sekitar 6–7 jam, dan merasa lebih nyaman. O: Pasien tampak lebih segar, tidak mengantuk di siang hari, ekspresi wajah lebih tenang. A: Terdapat perbaikan pola tidur, pasien mulai terbiasa dengan jadwal tidur rutin. P: Pertahankan teknik relaksasi, motivasi pasien agar tetap konsisten, evaluasi faktor yang mengganggu tidur. I: Perawat memotivasi pasien untuk tetap menjalankan jadwal tidur, mengingatkan untuk menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, dan mengevaluasi kualitas tidur harian. E: Pasien tidur 6–7 jam, jarang terbangun, tampak lebih segar, dan memahami pentingnya kepatuhan jadwal tidur.	Aldi
Nyeri Kronis	Kamis 24/07/2025	S: Pasien mengatakan nyeri sangat berkurang, hanya skala 1 (1–10), merasa lebih lega dan dapat beristirahat dengan baik. O: Pasien tampak nyaman, ekspresi wajah tenang, tidak tampak meringis, melakukan teknik pernapasan secara spontan. A: Nyeri kronis teratasi dengan baik, pasien mampu mengontrol nyeri secara mandiri. P: Anjurkan pasien mempertahankan teknik nonfarmakologis, lakukan edukasi pencegahan kekambuhan, kurangi frekuensi monitoring bila	Aldi

		stabil. I: Memberikan reinforcement positif, menyarankan pasien untuk melanjutkan teknik di rumah, melakukan edukasi pencegahan faktor pencetus. E: Pasien melaporkan nyeri skala 1, tampak nyaman, mampu mengontrol nyeri secara mandiri, kondisi menunjukkan perbaikan optimal.	
Manajemen Kesehatan Tidak efektif	Kamis 24/07/2025	S: Pasien mengatakan merasa mampu mengatur kesehatannya lebih baik, serta berkomitmen menjalankan anjuran yang telah diberikan. O: Pasien tampak percaya diri, mampu menyebutkan strategi yang dapat dilakukan, dan menyusun rencana sederhana untuk kesehatan sehari-hari. A: Manajemen kesehatan efektif, pasien menunjukkan peningkatan signifikan dalam pemahaman dan keterampilan. P: Anjurkan pasien mempertahankan perilaku sehat, melanjutkan strategi pencegahan, dan melakukan kontrol kesehatan secara teratur. I: Perawat memberikan reinforcement positif, menekankan pentingnya kepatuhan, dan menyarankan pasien membuat catatan mandiri untuk memantau kesehatannya. E: Pasien tampak mampu mengelola kesehatannya, menyebutkan strategi pencegahan, serta menunjukkan perbaikan optimal dalam manajemen kesehatan.	Aldi
Gangguan Pola tidur	Kamis, 24/07/2025	S: Pasien mengatakan tidur lebih nyenyak, rata-rata 7–8 jam per malam, jarang terbangun, dan merasa lebih bugar di pagi hari. O: Pasien tampak segar, bersemangat, kooperatif, dan tidak mengantuk saat beraktivitas. A: Gangguan pola tidur teratasi, pasien mampu mengontrol pola tidur dengan baik. P: Anjurkan pasien mempertahankan pola tidur yang sehat, melanjutkan teknik relaksasi, dan menjaga gaya hidup sehat. I: Perawat memberikan reinforcement positif, menekankan pentingnya konsistensi pola tidur, serta mengajarkan strategi pencegahan kekambuhan. E: Pasien tidur 7–8 jam dengan nyenyak, tampak sehat, dan mampu mengatur pola tidur secara mandiri.	Aldi

3.2 Analisis Pembahasan Tahap Proses Keperawatan

3.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pembahasan ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. E dengan hipertensi. Penulis juga akan menyertakan literatur berbasis bukti (EBP) untuk mendukung alasan tersebut. Pembahasan ini mencakup data pustaka yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (Tim Pokja SDKI, 2017) pada klien dengan nyeri akut ditemukan data-data yang sesuai dengan data mayor. Di dapatkan keluhan nyeri pada kepala dan rasa tidak nyaman pada tengkuk dan leher, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan ditekan, nyeri yang dirasakan pada kepala bagian belakang, leher dan tengkuk, dengan skala nyeri 4 (dari 1-10), durasi nya hilang timbul. Tekanan darah : 150/90. Penegakan diagnosis didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai pada SDKI untuk diangkat diagnosis nyeri kronis berhubungan dengan pencedera fisiologis.

Secara teoritis menurut Aspiani (2016) yaitu rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya

norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Vasomotor tersebut berdampak iskemik disebagian pembuluh darah diotak sehingga timbul nyeri kepala.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur. Penegakkan diagnosis ini didasarkan pada factor resiko klien yaitu memiliki riwayat hipertensi. Adapun berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data secara subjektif Tn E mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri kepala secara objektif klien tampak lemah berdasarkan data tersebut maka penulis mengangkat masalah keperawatan gangguan pola tidur karena berdasarkan teori SDKI (2017), mengatakan batasan karakteristik untuk untuk mengangkat masalah keperawatan gangguan pola tidur yaitu terdapat salah satu tanda seperti mengeluh sulit tidur.

Dalam perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan, mengutamakan metode penulisan yang terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda gejala, yang hanya dilakukan pada diagnosis aktual maka penulis mengangkat nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologi menjadi diagnosis utama.

3.2.3 intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018).

Intervensi dari diagnosis pertama yaitu nyeri kronis dengan Manajemen Nyeri Yaitu dengan meidentifikasi skala nyeri, Idenfitikasi respon nyeri non

verbal, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memberikan teknik nonfarmakologis, untuk mengurangi nyeri (Teknik slow deep breathing), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber, nyeri dalam pemilihan strategi, meredakan nyeri, dengan menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, dengan teknik slow deep breathing, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Hal ini sejalan dengan penelitian Amandeep (2015), latihan slow deep breathing dianggap efek yang paling bermanfaat dalam mengurangi tekanan darah pada pasien hipertensi. Studi terbaru menunjukkan bahwa pasien yang rutin melakukan slow deep breathing telah berhenti mengonsumsi obat antihipertensi dan berpaling pada latihan. Berbagai penelitian mengenai efek slow deep breathing ditemukan bahwa ada penurunan yang signifikan dalam tekanan darah.

Berdasarkan data dan teori tersebut intervensi yang diberikan kepada klien sudah sesuai dengan teori yaitu manajemen nyeri pada point terapeutik menggunakan *Evidence Based Nursing Practice* berupa penerapan *slow deep breathing*.

Intervensi diagnosis kedua yaitu gangguan pola tidur, penyusunan intervensi disesuaikan dengan SDKI dan fungsi perawatan kesehatan kesehatan, intervensi yang diberikan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur,

modifikasi lingkungan mis. Pencahayaan, matras dan tempat tidur dan jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

3.2.4 Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali 2016).

Implementasi pada Tn. Y dilakukan selama tiga hari. Untuk diagnosis nyeri akut Hari pertama mengidentifikasi nyeri secara komprehensif (P,Q,R,S,T) dengan respon pasien klien mengatakan nyeri ini disebabkan karena adanya tekanan darah tinggi, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan ditekan, nyeri dirasakan pada bagian kepala belakang, leher, dan tengkuk, skala nyeri 4 dan nyeri dirasakan hilang timbul, kedua memonitor ttv didapatkan td 160/90 nadi 90 x/menit suhu 36 derajat respirasi 20 x/menit, ketiga klien diajarkan strategi mengurangi nyeri dengan teknik slow deep breathing respon klien mau melakukan teknik slow deep breathing

Hari kedua intervensi masih dilanjutkan dengan mengidentifikasi nyeri secara komprehensif (P,Q,R,S,T) dengan respon pasien klien mengatakan nyeri ini disebabkan karena adanya tekanan darah tinggi, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan ditekan, nyeri dirasakan pada bagian kepala belakang, leher, dan tengkuk, skala nyeri 3 dan nyeri dirasakan hilang timbul,

kedua memonitor ttv didapatkan td 150/90 nadi 60 x/menit suhu 36 derajat respirasi 19 x/menit, ketiga klien diajarkan strategi mengurangi nyeri dengan teknik slow deep breathing respon klien mau melakukan teknik slow deep breathing

Hari ke tiga mengidentifikasi nyeri secara komprehensif dengan (P,Q,R,S,T) klien mengatakan skala nyeri 2 dirasakan hilang timbul, memonitor ttv didapatkan hasil TD : 140/80 mmhg nadi 68x/menit respirasi suhu 36 derajat, klien lalu diajarkan teknik slow deep breathing dengan respon klien mau melakukan teknik slow deep breathing

Implementasi diagnosis kedua hari pertama yaitu gangguan pola tidur dengan intoleransi aktivitas yaitu identifikasi pola aktifitas tidur didapatkan respon mengidentifikasi pola aktifitas tidur hasil klien tidak bisa tidur siang tidur malam kurang dari 8 jam (2-3 jam) kedua mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil tekanan darah 150/90, memodifikasi lingkungan : pencahayaan, kebisingan, matras dan tempat tidur, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit respon klien mengerti memahami pentingnya tidur cukup untuk mempercepat proses penyembuhan, menganjurkan klien menepati jadwal tidur rutin

Implementasi hari kedua hari selasa tanggal 16 mei 2023 yaitu gangguan pola tidur dengan intoleransi aktivitas yaitu identifikasi pola aktifitas tidur didapatkan respon klien sudah dapat tidur dengan nyenyak hasil 8 jam mengidentifikasi pola aktifitas tidur hasil klien dapat tidur dengan nyenyak kedua mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil tekanan darah

150/90, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit respon klien mengerti memahami pentingnya tidur cukup untuk mempercepat proses penyembuhan, menganjurkan klien menepati jadwal tidur rutin

Implementasi dapat dilakukan sesuai dengan intervensi dan sudah sesuai dengan situasi dan kondisi klien.

3.2.5 Evaluasi

Berdasarkan hasil penelitian selama 3 hari, terbukti memberikan dampak positif setelah dilakukan *Slow Deep Breathing* selama 15 menit menunjukkan adanya penurunan tekanan darah. *Slow Deep Breathing* dapat diterapkan di ruangan karena mudah dipelajari, dapat dilakukan oleh siapa saja, kapan saja, serta tidak memerlukan alat dan tempat yang khusus dan juga tidak membahayakan. Didapatkan hasil terjadi penurunan tekanan darah disertai skala nyeri sedang (4) menjadi ringan (1) ditandai dengan klien merasa lebih rileks.

Hal ini didukung oleh penelitian Sumartini & Miranti (2019) bahwa mekanisme kerja terapi relaksasi *Slow deep breathing* yaitu dengan metode bernapas yang frekuensinya kurang atau sama dengan sepuluh kali per menit dengan fase ekhalasi yang panjang. Pada saat relaksasi terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya pengiriman implus saraf ke otak, menurunnya aktivitas otak dan fungsi tubuh yang lain, karakteristik dari respon relaksasi ditandai oleh menurunnya denyut nadi, jumlah pernafasan dan penurunan tekanan darah. *slow deep breathing* dapat memengaruhi cortex cerebri dan bagi medulla yang positif berhubungan dengan relaksasi sistem saraf yang mampu

memengaruhi mekanisme penurunan tekanan darah. *Slow deep breathing* berpengaruh terhadap modulasi sistem kardiovaskular yang akan meningkatkan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan dan berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleks serta dapat berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah. Barorefleks akan mengaktifkan sistem parasimpatis yang mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah, penurunan output jantung dan akan mengakibatkan tekanan darah menurun. Oleh karena itu latihan *slow deep breathing* dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis pada penderita hipertensi baik yang mengkonsumsi obat ataupun yang tidak mengkonsumsi obat.

Berdasarkan implementasi yang telah diterapkan, hasil penelitian Isnah, dkk (2021) bahwa teknik *Slow Deep Breathing* terbukti dapat menurunkan tekanan darah baik tekanan darah sistolik maupun diastolik disertai dapat menurunkan skala nyeri pada klien.

Pada diagnosis nyeri berhubungan dengan hipertensi ini teratasi dimana dari data subjektif tn. E mengatakan sudah dapat tidur data objektif klien tampak membaik masalah teratasi setelah diberikan perawatan.

3.2.6 Pembahasan *Evidence Based Practice* (Ebp)

Dalam beberapa penelitian, teknik *slow deep breathing* memiliki pengaruh baik untuk menurunkan tekanan darah. Hasil penelitian Rizki Sari Utami Muchtar *et al.*, (2022) dengan sampel 30 orang menunjukkan adanya pengaruh terapi *slow Deep breathing* terhadap penurunan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi. Oleh karena itu, hasil penelitian ini memberikan alternatif pada praktek keperawatan, serta perawat komunitas, dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama dalam hal penanganan non farmakologi. sebagaimana dengan hasil

penelitian yang penulis dapatkan, penelitian ini juga memberikan ilmu baru seputaran penanganan hipertensi menggunakan penatalaksanaan non farmakologi melalui terapi *slow Deep Breathing* bagi pendidikan keperawatan dan memberikan saran baru memperoleh pengetahuan seputaran slow deep breathing bagi peneliti selanjutnya.

Hal ini didukung oleh penelitian Mohamad Khafidh Rio *et al.*, (2022) dengan sampel 32 responden bahwa ada pengaruh yang bermakna dalam pemberian Slow Deep Breathing terhadap penurunan tekanan darah kelompok Intervensi sebesar $p.0,002$. Hal ini sejalan dengan penelitian Bahtiar Yusuf *et al.*, (2021) dengan mereview 4 literature. Berdasarkan pada beberapa hasil penelitian dalam literature review ini terlihat bahwa terdapat pengaruh setelah dilakukan latihan *Slow Deep Breathing* yang terbukti efektif menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Diharapkan kepada pihak institusi agar dapat memfasilitasi petugas pelayanan khususnya perawat, dengan mengadakan pelatihan ini untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kepada penderita hipertensi.. Penelitian lain dari Wisnatul Izzati *et al.*, (2021) dengan sampel 14 orang menyimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian *Slow Deep Breathing* terhadap tekanan darah lansia penderita hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disarankan penggunaan *Slow Deep Breathing* sebagai salah satu terapi nonfarmakologis untuk hipertensi.

Selain itu, hasil penelitian Ni Putu Sumartini *et al.*, (2019) dengan sampel 30 orang mengungkapkan bahwa ada pengaruh terhadap tekanan darah diastol pretest dan posttest pada kelompok intervensi dengan sampel 30 orang. Dari hasil perhitungan ini, terdapat pengaruh slow deep breathing terhadap penurunan tekanan darah lansia.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh rusli abdullah et al, (2022) dengan responden yang memiliki riwayat hipertensi dan masalah keperawatan nyeri akut skala 4 intervensi *slow deep breathing* menunjukan adanya pengaruh untuk penurunan nyeri menjadi skala 4.

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. Y dengan hipertensi dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi terapi *slow deep breathing* yang bertujuan untuk mengurangi nyeri dan tekanan darah tinggi tn. E. Berdasarkan penelitian Sepdianto *et al.*, (2014) manfaat *slow deep breathing* antara lain menurunkan tekanan darah, menurunkan nyeri, Menurunkan tingkat kecemasan.

Penulis melakukan implementasi terapi *slow deep breathing* pada klien selama 3 hari dengan frekuensi 1 kali sehari dalam 3 hari, Waktu yang dibutuhkan untuk memberikan terapi *slow deep breathing* 10 menit. Dari telaah 5 jurnal didapatkan hasil yang rata-rata menyatakan bahwa teknik *slow deep breathing* memberikan pengaruh untuk menurunkan tekanan darah dan nyeri pada klien dengan hipertensi pada lansia.

BAB IV

PENUTUP

1.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan teknik *slow deep breathing* pada Tn. E dengan hipertensi di Ruang kucubung panti werdha, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada tn. E
2. Penulis mampu menegakkan diagnosis pada tn. E
3. Penulis mampu membuat perencanaan keperawatan untuk tn. E
4. Penulis Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada tn. E
5. Penulis Mampu mengevaluasi hasil tindakan yang diberikan pada tn. E
6. Mampu menganalisis *slow deep breathing* sebagai salah satu intervensi untuk menurunkan nyeri yang bisa berefek pada penurunan tekanan darah

1.2 Saran

- 1) Institusi

Pemberian *teknik slow deep breathing* terhadap penurunan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi dapat menjadi bahan referensi tambahan. Sehingga, dapat menambah wawasan serta meningkatkan kualitas Pendidikan di institusi.

2) Penulis

Diharapkan perawat mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan menerapkan *teknik slow deep breathing* sebagai salah satu intervensi untuk menurunkan tekanan darah dan nyeri pada lansia

3) Puskesmas

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang penanganan nyeri dengan senam hipertensi di puskesmas dan bisa dipraktikkan di posyandu lansia seminggu sekali khusus untuk lansia yang menderita hipertensi.

4) Istansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

5) Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi senam hipertensi

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. 2019. *Hipertensi Esensial: Diagnosis dan Tatalaksana Terbaru pada Dewasa*. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(3), 172-178
- Amandeep K., Preksha S. M., Dirya S. 2015. *Effectiveness of Abdominal Breathing Exercise On Blood Pressure Among Hypertensive Patients*. *Internasional Journal Of Therapeutic Applications*, Volume 24, 2015. 39-49
- Aspiani, R.Y. 2016. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Casey A dan H benson. *Panduan Harvard Medical School: “ Menurunkan Tekanan Darah.”* Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer; 2012.
- Faradilla Miftah Suranata dkk. 2019. *Slow deep breathing dan alternate nostril breathing terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi*. *Jurnal Keperawatan Silampari* Volume 2, Nomor 2.
- Guyton A, Hall J. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. 11th ed. Jakarta: EGC; 2017.
- Hasan, A. 2018. *Korelasi Umur dan Jenis Kelamin dengan Penyakit Hipertensi di Emergency Center Unit Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang*.
- Kurniadi, Helmanu dan Nurrahmani Ulfa. 2015. *Stop! Gejala Penyakit Jantung Koroner, Kolesterol Tinggi, Diabetes Mellitus, Hipertensi*. Yogyakarta: Istana Media.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan III (Revisi)*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*. Jakarta: PPNI.
- Sepdianto, T. C. (2014). *Pengaruh Latihan Slow Deep Breathing Terhadap Tekanan Darah Dan Tingkat Kecemasan Pasien Hipertensi Primer Di Kota Blitar*, 195
- Smeltzer, & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Sri wahyuni, nurul. 2016. *Dokumentasi keperawatan*. Ponorogo: UNMUH. Ponorogo Press.
- Sumartini, N. P., & Miranti, I. (2019). *JURNAL KEPERAWATAN TERPADU. (Integrated Nursing Journal)*. 1(1), 38–49

- Susilo & Wulandari. (2015). *Cara Jitu Mengatasi Hipertensi*. : Yogyakarta CV. Andi Offset
- Tirtasari, S., & Kodim, N. (2019). *Prevalensi dan Karakteristik Hipertensi Pada Usia Dewasa Muda di Indonesia*. Tarumanagara Medical Journal, 1(2), 395– 402.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan keperawatan bagi penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yokyakarta: Graha Ilmu.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Wulandari, R., & Puspita, S. (2019). *Hubungan Pengetahuan, Dukungan Keluarga, dan Peran petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi Dalam menjalani Pengobatan*. Jurnal ‘Aisyiyah Medika, 4(3), 340–352 <https://doi.org/10.36729/jam.v4i3.206>.
- Yanti, N. P., Mahardika, I. A., & Prapti, N. K. (2016). *Pengaruh Slow Deep Breathing Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Timur the Influence of Slow Deep Breathing on Blood Pressure of Hypertension Patient*. Nurscope. Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah, 2(4), 1–10.
- Yusuf, Bahtiar, dkk. 2021. *Penerapan Latihan Slow Deep Breathing Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi: Literature Review*. <http://jurnal.umt.ac.id/index.php/imj/article/download/4272/2505>