

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN
HIPERTENSI DAN INTERVENSI *SLOW STROKE BACK*
MASSAGE DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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



Disusun oleh:

INDRI NOVILASARI

KHGD25014

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul **Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi**
: **dan Intervensi *Slow Stroke Back Massage* Di Ruang**
 Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa
 Barat

Nama **Indri Novilasari, S.Kep**

:

NIM **KHGD25014**

:

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Menyetujui
Pembimbing

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu pernyataan untuk
memperoleh gelar Profesi Ners

Mengesahkan,
Dekan fakultas ilmu keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi

dan kebidanan

Profesi Ners

Sulastini, Ns., M.Kep

Sri Yekti Widadi, M. Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN KIAN**

**Judul Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi
:
 dan Intervensi *Slow Stroke Back Massage* Di Ruang
 Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa
 Barat**

Nama Indri Novilasari, S.Kep

:

NIM KHGD25014

:

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan siding dan perbaikan
Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, S.Kp.,Ners.,M.Kep

Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes

Ketua Program Studi

Pembimbing

Profesi Ners

Sri Yekti Widadi, M.Kep

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Hipertensi
: **dan Intervensi *Slow Stroke Back Massage* Di Ruang**
Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa
Barat

Nama Indri Novilasari, S.Kep

:

NIM KHGD25014

:

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Akhir Diatas Layak Untuk
Melaksanakan Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Juli 2026

Menyetujui,
Pembimbing

Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya

bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2026

Indri Novilasari

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN
HIPERTENSI DAN INTERVENSI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* DI
RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II
RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**

INDRI NOVILASARI, S.KEP

ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang sering disertai keluhan nyeri kepala akibat peningkatan tekanan darah serta aktivasi sistem saraf simpatis. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk membantu mengurangi nyeri kepala adalah *Slow Stroke Back Massage* (SSBM). Tujuan dari penulisan KIAN ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. M dengan hipertensi melalui penerapan intervensi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) di RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat. Penulisan KIAN ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan analisis *Evidence Based Practice* (EBP). Subjek kasus adalah Ny.M dengan hipertensi yang dirawat di RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat. Pengkajian nyeri dilakukan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan meliputi nyeri akut, gangguan pola tidur, defisit pengetahuan dan resiko penurunan curah jantung. Setelah dilakukan pemberian *terapi Slow Stroke Back Massage* (SSBM) selama $\pm 10-15$ menit selama empat hari, terjadi penurunan intensitas nyeri kepala dari skala 5 menjadi skala 2. Didapatkan kesimpulan penerapan terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) sebagai

intervensi berbasis bukti efektif membantu mengurangi nyeri kepala sehingga dapat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis pendamping dalam asuhan keperawatan. Disarankan agar Slow Stroke Back Massage (SSBM) diterapkan sebagai intervensi keperawatan komplementer berbasis evidence-based practice dalam pelayanan kesehatan, pendidikan keperawatan, serta perawatan mandiri pasien hipertensi, dan menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya untuk mengembangkan serta mengevaluasi efektivitasnya.

Kata kunci: hipertensi, nyeri kepala, Slow Stroke Back Massage (SSBM), penurunan tekanan darah.

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR Mrs. M WITH HYPERTENSION
THROUGH SLOW-STROKE BACK MASSAGE IN THE ABDURRAHMAN
BIN AUF II ROOM WELAS ASIH HOSPITAL, WEST JAVA**

INDRI NOVILASARI, S.KEP

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease often accompanied by complaints of headaches due to increased blood pressure and activation of the sympathetic nervous system. One non-pharmacological intervention that can be used to help reduce headaches is Slow Stroke Back Massage (SSBM). The purpose of this KIAN writing is to analyze nursing care for Mrs. M with hypertension through the implementation of Slow Stroke Back Massage (SSBM) intervention at Welas Asih Regional Hospital, West Java Province. This KIAN writing uses a case study method with a nursing process approach that includes assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation, and analysis of Evidence Based Practice (EBP). The case subject is Mrs. M with hypertension who is being treated at Welas Asih Regional Hospital, West Java Province. Pain assessment was carried out using the Numeric Rating Scale (NRS). The established nursing diagnoses include acute pain, disturbed sleep patterns, knowledge deficit and risk of decreased cardiac output. After administering Slow Stroke Back Massage (SSBM) therapy for $\pm 10-15$ minutes for four days, there was a decrease in headache intensity from a scale of 5 to a scale of 2. It was concluded that the application of Slow Stroke Back Massage (SSBM) therapy as an evidence-based intervention effectively helps reduce headaches in hypertensive patients so that it can be used as a complementary non-pharmacological therapy in nursing care. It is recommended that Slow Stroke

Back Massage (SSBM) be implemented as a complementary nursing intervention based on evidence-based practice in health services, nursing education, and self-care for hypertensive patients, and become the basis for further research to develop and evaluate its effectiveness.

Keywords: *blood pressure reduction, headache, hypertension, Slow Stroke Back Massage (SSBM).*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul " **ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT**". Adapun karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Meskipun demikian penulis berusaha semaksimal mungkin agar penyusunan karya ilmiah akhir ini berhasil dengan sebaik-baiknya.

Selain itu penulis menyadari bahwa terselesaikannya karya ilmiah akhir ini tidak terlepas dari bantuan, dukungan, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kes, selaku Rektor Institut Kesehatan Husada Garut.
3. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners.

4. Ibu Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan arahan, motivasi, serta ilmu yang sangat berharga dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp.,Ners.,M.Kep sebagai Penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan KIA ini.
6. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes sebagai Penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan KIA ini.
7. Staf Dosen dan Karyawan di lingkungan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
8. Kedua orang tua penulis tersayang, Ayahanda Ayi Drajat dan Ibunda Noneng Siti Khodijah yang telah menjadi orang tua terhebat. Terimakasih yang tidak terhingga atas limpahan kasih sayang dan cinta yang tulus,doa yang tak pernah putus, materi, motivasi,nasehat,perhatian dan pengorbanan yang diberikan selalu membuat penulis bersyukur memiliki kedua orang tua terhebat yang mengantarkan penulis ke jenjang sarjana berkat jerih payah keduanya.
9. Adik tercinta Effendra Putu Wijaya yang menjadi salah satu alasan terbesar penulis untuk semangat menyelesaikan karya ilmiah ini agar bisa menjadi panutan kelak untuk adik-adik tersayang.
10. Sahabat tercinta, Nida Nurhidayah, S.Kep dan Kareen Sasi Kirana, S.Kep yang telah memberikan semangat, motivasi, nasehat serta berjuang

bersama menyelesaikan karya ilmiah akhir ini agar bisa lulus bersama-sama.

11. Rekan-rekan Angkatan 2025 Program Studi Ners, pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan karya ilmiah ini.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dorongan kepada penulis baik langsung maupun tidak langsung sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca, khususnya dalam bidang keperawatan, serta dapat menjadi referensi bagi penulis selanjutnya. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini tidak terlepas dari kekurangan dan terbatasnya kemampuan serta pengalaman yang penulis miliki.

Garut, Juli 2026

Penulis

Indri Novilasari

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KIAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR BAGAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.3 Metode Penulisan	7
1.4 Manfaat Penulisan	8
1.5 Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Hipertensi	10
2.1.1 Definisi hipertensi.....	10
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi	11
2.1.3 Etiologi Hipertensi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	12
2.1.5 Patofisiologi Hipertensi	14
2.1.6 Pathway.....	16
2.1.7 Pemeriksaan penunjang	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.1.9 Komplikasi.....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21

2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	21
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	36
2.2.3 Intervensi Keperawatan	37
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	56
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	56
2.3 Konsep <i>Slow Stroke Back Massage</i>.....	57
2.3.1 Pengertian <i>Slow Stroke Back Massage</i>	57
2.3.2 Manfaat <i>Slow Stroke Back Massage</i>	58
2.3.3 Indikasi dan Kontraindikasi <i>Slow Stroke Back Massage</i>	59
2.3.4 Tindakan <i>Slow Stroke Back Massage</i>	60
2.3.5 Standar Operasional Prosedur <i>Slow Stroke Back Massage</i>	61
2.4 Konsep <i>Evidence Base Practice (EBP)</i>	63
2.4.1 Pengertian <i>Evidence Base Practice (EBP)</i>	63
2.4.2 Tujuan <i>Evidence Base Practice (EBP)</i>	63
2.4.3 Langkah <i>Evidence Base Practice (EBP)</i>	64
2.3.4 Kriteria inklusi dan eksklusi	64
2.3.5 Seleksi data	65
2.3.6 Analisa data.....	67
2.3.7 <i>Evidence base practice</i> tentang <i>slow stroke back massage</i>	67
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	71
3.1 Tinjauan Kasus.....	71
3.1.1 Pengkajian.....	71
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	87
3.1.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	89
3.1.4 Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan	95
3.1.5 Catatan Perkembangan	99
3.2 Pembahasan Asuhan Keperawatan	107
3.2.1 Pengkajian data dan analisa data	107
3.2.2 Diagnosa keperawatan	108
3.2.3 Perencanaan keperawatan	111
3.2.4 Implementasi keperawatan	113
3.2.5 Evaluasi.....	115
3.2.6 Analisis Pembahasan <i>Evidence Base Practice</i>	117
3.2.7 Tahap Dokumentasi keperawatan	122

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	123
4.1 Kesimpulan	123
4.2 Saran.....	124
 DAFTAR PUSTAKA.....	 126
LAMPIRAN.....	128

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi	11
Tabel 2. 2 Analisa data	29
Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan	39
Tabel 2. 4 Kriteria inklusi dan eksklusi.....	64
Tabel 2. 5 Evidence base practice	67
Tabel 3. Pola makan dan minum.....	81
Tabel 3. 2 Pola eliminasi	82
Tabel 3. 3 Pola aktivitas sehari-hari	82
Tabel 3. 4 Pola istirahat dan tidur.....	83
Tabel 3. 5 Pola personal hygiene.....	83
Tabel 3. 6 Pemeriksaan hasil laboratorium	84
Tabel 3. 7 Terapi medis	85
Tabel 3. 8 Analisa data	85
Tabel 3. 9 Rencana tindakan keperawatan	89
Tabel 3. 10 Implementasi dan evaluasi keperawatan	95
Tabel 3. 11 Catatan perkembangan	99

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Hipertensi	16
Bagan 2. 2 Diagram seleksi jurnal	66
Bagan 3. 1 Genogram.....	73

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada era modern seperti saat ini, penyakit kronis menjadi salah satu masalah kesehatan global yang menjadi penyebab kematian utama di dunia. Penyakit kronis juga dapat didefinisikan sebagai penyakit dengan progresifitas yang lambat (bertahun-tahun). Penyakit kronis termasuk kedalam penyakit yang tidak menular, tetapi banyak orang meninggal karenanya. Di seluruh dunia, ada 6,7 miliar orang yang hidup dengan penyakit kronis dan jumlah tersebut terus mengalami peningkatan (Aditya *et al.*, 2023). Berbagai macam penyakit kronis yang menjadi permasalahan di dunia yaitu seperti hipertensi, hyperlipidemia, diabetes mellitus, penyakit jantung, penyakit serebrovaskular dan penyakit paru obstruktif kronis. Dari ke-enam penyakit kronis tersebut, prevalensi tertinggi yaitu penyakit jantung yaitu 48,26%, dan hipertensi yaitu sebesar 46,65%. Selain itu, terdapat literature yang menyebutkan, prevalensi penyakit kronis pada usia 18 – 64 tahun didominasi oleh hipertensi, yaitu sebesar 17,2% – 18% (Lukitaningtyas, 2023).

Hipertensi adalah kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis yang dapat menyebabkan kesakitan pada seseorang dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Hipertensi dikategorikan sebagai *the silent disease* karena penderita tidak mengetahui dirinya mengidap penyakit hipertensi (Mega *et al.*, 2023). Organisasi kesehatan dunia WHO

(*World Health Organization*) memperkirakan sebanyak 1,28 miliar orang dewasa berusia 30 - 79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. *World Health Organization (WHO)* juga menyebutkan bahwa 46% orang dewasa dengan hipertensi tidak menyadari bahwa mereka memiliki kondisi tersebut, dan kurang dari separuh orang dewasa (42%) dengan hipertensi didiagnosis dan diobati. Hanya sekitar 1 dari 5 orang dewasa (21%) dengan hipertensi dapat mengendalikan tekanan darah yang dimiliki (*WHO, 2023*). Menurut *Riskesdas* dalam (*Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2021*) prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1%, mengalami peningkatan dibandingkan prevalensi hipertensi pada *Riskesdas* Tahun 2013 sebesar 25,8%. Prevalensi Hipertensi tahun 2020 diperoleh dari data *Riskesdas* Tahun 2018 dimana angka prevalensi Provinsi Jawa Barat meningkat dari 34,5% menjadi 39,6% (*Ritonga et al., 2024*).

Terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh berbagai faktor resiko. Beberapa faktor yang dapat meningkatkan prevalensi hipertensi antara lain faktor gender, gaya hidup, obesitas dan indeks masa tubuh dan faktor genetik. Selain itu, penggunaan obat-obatan (pil kontrasepsi) juga dapat meningkatkan resiko hipertensi (*Aditya et al., 2023*). Adanya faktor-faktor tersebut menyebabkan tekanan darah lebih mudah meningkat dan sulit terkontrol apabila tidak diimbangi dengan pola hidup sehat.

Peningkatan tekanan darah yang terjadi secara terus-menerus kemudian dapat menimbulkan berbagai tanda dan gejala pada penderita. Salah satu gejala yang sering muncul adalah sakit kepala, rasa cemas, wajah memerah, mudah tersinggung, tinitus (telinga berdenging), gangguan tidur, sesak napas, rasa berat di bagian tengkuk, kelelahan, penglihatan berkunang-kunang, serta mimisan atau epistaksis (Gauthfa *et al.*, 2025). Namun demikian, tidak semua penderita hipertensi menunjukkan gejala yang khas. Pada beberapa kasus, hipertensi dapat berlangsung tanpa keluhan sehingga sering disebut sebagai *silent killer* (Alviona & Lismayanti, 2026). Oleh karena itu, pemeriksaan tekanan darah secara rutin sangat penting dilakukan untuk mendeteksi hipertensi sejak dini.

Hipertensi yang tidak terkontrol dalam jangka waktu yang lama, kondisi ini dapat menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh dan menimbulkan komplikasi yang serius. Hipertensi dapat memengaruhi organ seperti jantung, pembuluh darah, ginjal, retina, dan otak. Pada jantung, peningkatan tekanan darah menyebabkan beban kerja ventrikel kiri meningkat sehingga dapat mengakibatkan *Left Ventricular Hypertrophy* (LVH), gangguan relaksasi ventrikel kiri, pembesaran atrium kiri, peningkatan risiko aritmia seperti atrial fibrilasi, hingga gagal jantung. Selain berdampak pada jantung, hipertensi juga dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah berupa hipertrofi arteri karotis dan kekakuan arteri besar. Pada ginjal, hipertensi dapat menyebabkan Chronic Kidney Disease yang ditandai dengan peningkatan kadar kreatinin serum. Sementara itu, pada retina hipertensi dapat

menimbulkan retinopati hipertensi yang ditandai dengan perdarahan retina, mikroaneurisma, papiledema, dan *cotton wool spots*. Hipertensi juga dapat meningkatkan risiko gangguan pada otak, seperti Transient Ischaemic Attack, stroke, ensefalopati, hingga kejang (Aditya et al., 2023).

Penatalaksanaan tekanan hipertensi dapat diterapkan menggunakan 2 cara yaitu non farmakologis atau terapi alternatif dan farmakologis atau pengobatan. Terapi farmakologis adalah terapi yang memakai obat atau senyawa yang ditujukan untuk menurunkan tekanan darah. Sedangkan pada terapi non farmakologis dapat diartikan sebagai terapi yang pada penatalaksananya tanpa memerlukan agen obat atau senyawa selama proses terapinya (Rimadia et al., 2023).

Terdapat banyak pilihan upaya non-farmakologi dalam menangani hipertensi, salah satunya dengan terapi pijat atau *massage*. *Massage* merupakan terapi non farmakologi yang sangat efektif dalam menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada pasien hipertensi (Auliyah, 2024). *Massage* adalah teknik penyembuhan yang ditetapkan kedalam bentuk sentuhan langsung dengan tubuh penderita untuk memberikan efek relaksasi melalui reseptor tubuh yang mengatur kehangatan, tekanan dan sentuhan menjadi mekanisme relaksasi, selain itu dapat terjadi hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat. *Massage* terdiri dari banyak jenis metode aplikasi yang digunakan sebagai media penyembuhan penyakit. Salah satu metode yang dapat digunakan dalam *massage* yaitu *slow stroke back massage*

dengan teknik *massage* berupa selang seling tangan, remasan, gesekan, eflurasi, petriasi dan tekanan penyikat (Punjastuti, 2020).

SSBM (*Slow Stroke Back Massage*) merupakan pemijatan dengan menggunakan teknik stroking, petrisage dan friction yang memberikan stimulasi pada kutaneus dengan penekanan pada area punggung. SSBM menstimulasi saraf di superfisial kulit yang kemudian diteruskan ke otak dibagian hipotalamus yang memicu pelepasan hormon endorphin. Hormon endorphin memberikan efek relaksasi yang mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga tekanan darah menurun. Selain itu hormon endorphin juga menstimulasi produksi kerja hormon dopamin sehingga meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Sistem saraf parasimpatis berfungsi mengontrol aktivitas yang berlangsung dan bekerja pada saat tubuh rileks, sehingga penderita hipertensi mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus respon relaksasi dan menyebabkan penurunan nyeri kepala.

Berdasarkan hasil penelitian Wowor *et al.*, 2022 dalam (Auliyah, 2024), mengemukakan bahwa rata-rata tekanan darah sebelum dilakukan slow stroke back massage yaitu 150,65/94,04 mmHg, sedangkan sesudah diberikan tindakan slow stroke back massage responden yakni 142,32/82,93 mmHg. Hasil membuktikan bahwa terdapat penurunan pada tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan intervensi slow stroke back massage. Selain itu pada penelitian Wirayudha *et al.*, (2025) menyatakan bahwa intervensi nonfarmakologis berupa Slow Stroke Back Massage (SSBM) efektif dalam mengatasi masalah nyeri akut pada klien. Setelah terapi diberikan secara

berulang, klien melaporkan penurunan keluhan nyeri, tampak lebih nyaman dan kooperatif, serta menunjukkan kondisi tanda vital yang relatif stabil.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis merasa tertarik untuk melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien hipertensi melalui pemberian intervensi SSBM dengan judul **“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI *SLOW STROKE BACK MASSAGE* DI RUANG ABDURRAHMAN BIN AUF II RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT “**

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan dan mengelola pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny. M dengan hipertensi menggunakan proses keperawatan dan berbasis *evidence base practice* melalui pemberian intervensi *Slow Stroke Back Massage* di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.M dengan hipertensi di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil temuan pengkajian pada Ny. M dengan hipertensi di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.

3. Penulis mampu menyusun intervensi dari tiap-tiap diagnosa yang telah dibuat pada Ny.M dengan hipertensi termasuk penerapan SSBM sebagai intervensi utama berbasis *evidence base practice* di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.
4. Penulis mampu melakukan implementasi terhadap intervensi yang telah direncanakan pada Ny.M dengan hipertensi termasuk penerapan SSBM di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan pada Ny.M dengan hipertensi termasuk penerapan SSBM di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.
6. Penulis mampu menganalisis antara teori dan praktik terkait asuhan keperawatan yang diberikan berbasis *evidence base practice* pada Ny.M dengan hipertensi dan intervensi *Slow Stroke Back Massage* di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.
7. Penulis mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada Ny.M dengan hipertensi di ruang Abdurrahman Bin Auf II di RSUD Welas Asih Jawa Barat.

1.3 Metode Penulisan

Metode penulisan karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ilmu dibidang keperawatan medikal bedah khususnya tentang penerapan *slow stroke back massage* sebagai intervensi nonfarmakologis dalam penanganan hipertensi serta menjadi bahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan terutama dalam penerapan *evidence base practice*.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi penulis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif, menerapkan *Evidence Base Practice* (EBP) dan mengembangkan keterampilan dalam melakukan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) pada pasien hipertensi.

2. Bagi institusi pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan dokumentasi akademik bagi mahasiswa program profesi ners dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) terkait asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan intervensi SSBM

3. Bagi tempat praktik

Diharapkan dapat memberi masukan dan informasi tentang efektivitas SSBM sebagai intervensi keperawatan yang dapat diaplikasikan dalam

pelayanan keperawatan rumah sakit.

4. Bagi perkembangan ilmu keperawatan'

Diharapkan dapat menambah khasanah pengetahuan dan bukti ilmiah tentang penerapan terapi komplementer SSBM dalam manajemen hipertensi.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah akhir ini penulis menggunakan sistematika antara lain :

Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan pembimbing pengesahan, kata pengantar dan daftar isi.

Bab I : Pendahuluan menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, manfaat dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan teori menjelaskan tentang konsep dasar penyakit hipertensi dan konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

Bab III : Tinjauan kasus dan pembahasan, Tinjauan kasus yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan juga pembahasan jurnal. Pembahasan menjelaskan tentang kesenjangan antara teori dan fakta penulis temukan serta dicari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Bab IV : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran. Bagian akhir terdiri daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung coroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI, 2020).

Hipertensi merupakan kondisi medis kronis dimana kondisi ini terjadi ketika tekanan dalam pembuluh darah menjadi terlalu tinggi sehingga semakin tinggi tekanan, semakin keras juga kerja jantung untuk memompa dan risiko terjadinya kerusakan tubuh semakin meningkat. Singkatnya, hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg (Organisasi Kesehatan Kata dalam Sabrina *et al.*, 2026).

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi ketika tekanan darah berada di atas normal, yaitu $\geq 140/90$ mmHg. Hipertensi termasuk penyakit kronis yang membuat jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Jika tidak ditangani dengan baik, hipertensi dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius seperti stroke, penyakit jantung, dan gagal ginjal, serta dapat

meningkatkan risiko kematian.

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu:

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120 - 129	80 - 84
3	High normal	130 - 139	85 - 89
4	Grade Hipertensi		
	Grade 1 (Ringan)	140 – 159	90 – 99
	Grade 2 (sedang)	160 – 179	100 – 109
	Grade 3 (berat)	180 – 209	109 – 119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber : Yulistiani, 2023

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Menurut Octavianie *et al.*, (2022), hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologinya yaitu:

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunjukkan bagi penderita esensial. Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini:

1. Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

b. Hipertensi Renal (Sekunder)

Merupakan hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain atau penyebab spesifiknya sudah diketahui. Sebanyak lebih dari 10% kasus hipertensi yang terjadi sudah diketahui dengan pasti apa penyebabnya, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Yulistiani (2023), manifestasi klinis yang ditimbulkan akibat hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala.

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter

yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosis jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Namun secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

1. Sakit kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
3. Pusing seperti berputar tujuh keliling serasa ingin jatuh
4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
5. Telinga berdenging
6. Kesemutan pada kaki dan tangan
7. Mual dan muntah Kejang atau koma
8. Penurunan kesadaran
9. Sesak nafas
10. Nyeri dada
11. Perubahan penglihatan
12. Penurunan kekuatan otot
13. Masalah keseimbangan
14. Kerusakan sistem saraf

2.1.5 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Yulistiani, 2023).

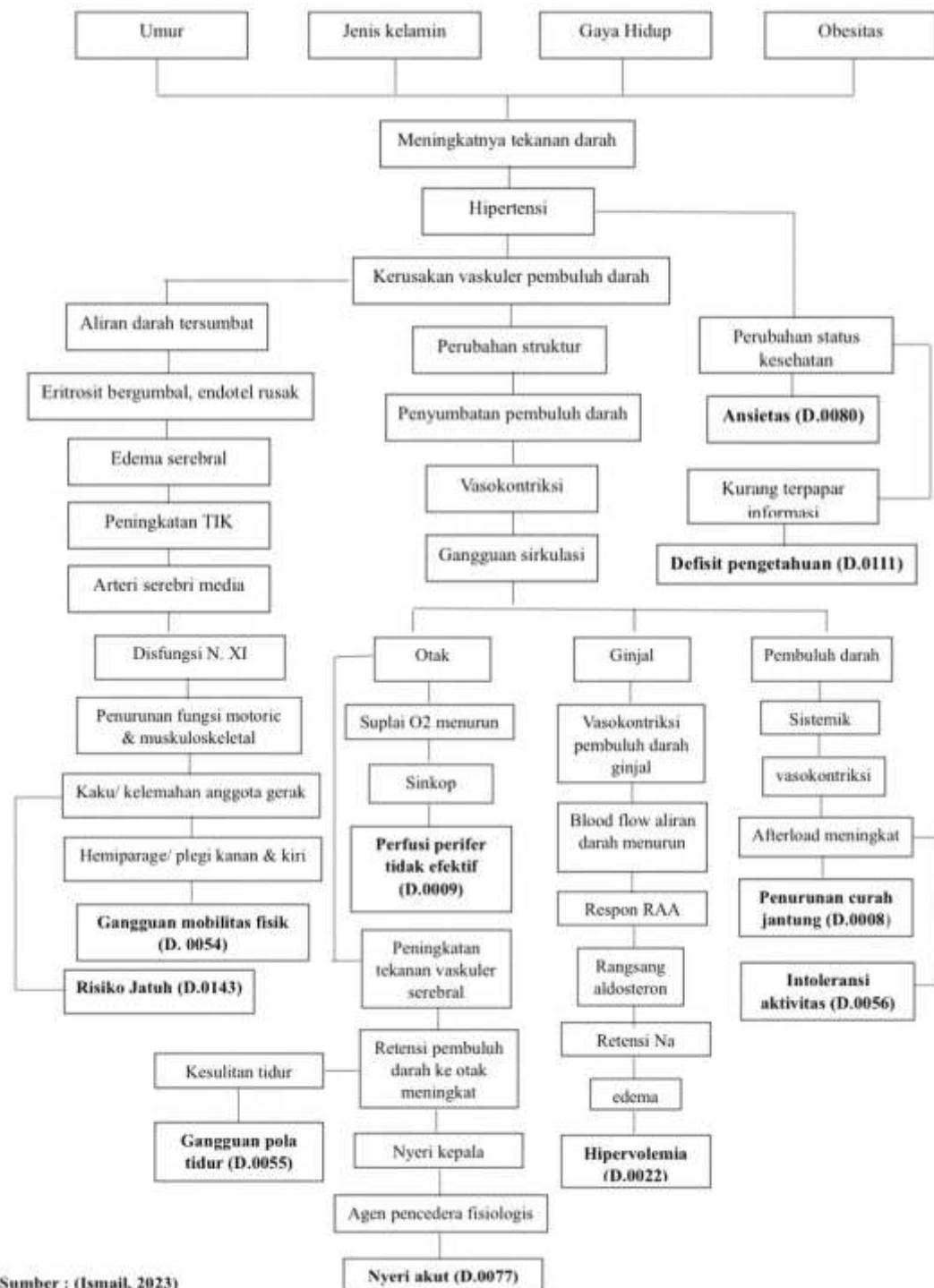
Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epineprin yang menyebabkan vasokonstriksi. Konteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vaskonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal. menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensi II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, mneyebabkan peningkatan volume intra

vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Yulistiani, 2023).

Menurut Brunner & Suddarth (2022), untuk pertimbangan gerontologi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer.

2.1.6 Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Hipertensi



Sumber : (Ismail, 2023)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Agestin (2020) pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi antara lain :

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi meliputi pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit untuk melihat vaskositas serta indikator faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas dan anemia.

b. Elektrokardiografi

Pemeriksaan elektrokardiografi digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi risiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti infark miokard akut atau gagal jantung.

c. Rontgen thoraks

Rontgen thoraks digunakan untuk menilai adanya kalsifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.

d. USG ginjal

USG ginjal digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal juga digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal.

e. CT scan kepala

CT scan kepala dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak karena pada penderita hipertensi terdapat kemungkinan terjadipenyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan udara. Apabila pembuluh darah pecah atau tidak mampu

memberikan suplai darah dan oksigen ke otak dapat terjadi stroke. Penyakit stroke ini bisa menyebabkan kelumpuhan atau tidak berfungsinya anggota tubuh dengan baik sehingga CT Scan perlu dilakukan pada penderita hipertensi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan atau pun dengan memodifikasi gaya hidup. Sebagian besar pasien memerlukan obat anti hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi lebih dari satu obat. Pedoman penatalaksanaan hipertensi sangat diperlukan oleh para dokter untuk mencegah terjadinya komplikasi kardio-serebrovaskuler. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok dan minuman beralkohol. Olahraga juga di anjurkan bagi penderita hipertensi (Soenarta, dkk., 2020).

1) Penatalaksanaan non farmakologi

1. Pengaturan Diet
2. Olahraga
3. Penurunan berat badan
4. Memperbaiki gaya hidup
5. Terapi komplementer (massage, terapi herbal, terapi nutrisi, relaksasi progresif, meditasi, terapi tawa, akupuntur, akupresur, aromaterapi, terapi bach flower remedy, hidroterapi, dan refleksiologi)

2) Penatalaksanaan Medis

1. Terapi Oksigen
2. Pemantauan Hemodinamik
3. Pemantauan Jantung
4. Obat-obatan:
 - a) Diuretic: Chlorthalidone, lasix, diuretic bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya'
 - b) Antagonis (penyekat) reseptor alfa (*b-blocker*) menghambat reseptor alfa dan otot polos vaskular yang secara normal merespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi
 - c) Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah misalnya : *Natrium nitroprusida*, *Nikaripidin*, *Hidralazin*, *Nitroglicerine*, dll (Brunner & Sudarth, 2019)

2.1.9 Komplikasi

Menurut Aditya *et al.*, (2023), beberapa komplikasi yang dapat muncul yaitu:

a. Stroke

Stroke dapat terjadi karena hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. stroke dapat terjadi pada penyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarai otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

b. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa oto menurun. Pada akhirnya, terjadi kegagalan kerja otot jantung.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal bisa terjadi sebab kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Denganrusaknya glomerulus, aliran darah kenefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi kematian dan hipoksik.

d. Enselopati

Terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada 20 kelainan ini menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong cairan keruangan intersistil di seluruh susunan saraf pusat.

e. Kejang

Bisa terjadi pada wanita preeklamasia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat badan yang kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama bisa juga sebelum persalinan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Wahyuni, 2020).

a. Identitas

Identitas lansia (nama, alamat, jenis kelamin, umur, status, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal). Identitas klien yang biasa dikaji pada penyakit hipertensi adalah usia karena penyakit hipertensi sering terjadi pada lansia dengan usia diatas 50 tahun.

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasanya dirasakan adalah nyeri pada kepala dan tengkuk

2. Riwayat kesehatan saat ini

Status kesehatan saat ini: keluhan terlazim yang dirasakan pasien dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Keluhan yang dirasakan dapat hilang timbul dan timbul saat terjadi peningkatan tekanan darah. Menurut Mubarak (2020), jika pasien mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

a) *Provoking and palliate* (pemicu) yaitu faktor yang memicu

timbulnya nyeri hipertensi yaitu kelelahan atau capek.

- b) *Quality* (kualitas) yaitu kualitas nyeri hipertensi berupa nyeri tajam/nyeri tertusuk-tusuk
- c) *Region and radiation* (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.
- d) *Severity* (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.
- e) *Time* (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap.

3. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Riwayat penyakit dahulu pada pasien dengan penderita hipertensi antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung coroner, stroke dan penyakit ginjal.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Amati riwayat penyakit yang pernah dialami keluarganya. Jika dalam keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi maka kemungkinan sebagian besar menderita penyakit hipertensi. Kaji apakah ada riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan yang lainnya ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis ataupun yang lainnya. Riwayat Kesehatan keluarga juga dilengkapi dengan genogram.

c. Data Biologis

1. Pola Nutrisi

Pengkajian pola nutrisi meliputi frekuensi makan, porsi makan, jenis makanan yang dikonsumsi terutama makanan tinggi garam, lemak, dan kolesterol, riwayat alergi makanan, jenis dan jumlah minuman yang dikonsumsi, serta adanya pantangan makanan. Pada pasien Hipertensi, kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi natrium dan lemak dapat memperburuk kondisi tekanan darah.

2. Pola Eliminasi

a) Buang Air Besar (BAB)

Pengkajian BAB meliputi frekuensi, warna, bau, dan konsistensi feces serta keluhan yang berkaitan dengan BAB seperti konstipasi atau diare.

b) Buang Air Kecil (BAK)

Pengkajian BAK meliputi frekuensi berkemih, jumlah dan warna urine, serta adanya keluhan seperti nyeri saat berkemih atau sering berkemih pada malam hari. Pada pasien Hipertensi, penggunaan obat diuretik dapat memengaruhi frekuensi BAK.

3. Pola Istirahat dan Tidur

Pengkajian pola istirahat dan tidur meliputi waktu tidur, lama tidur setiap hari, kualitas tidur, serta adanya kesulitan tidur atau sering terbangun pada

malam hari. Pada pasien Hipertensi, keluhan seperti sakit kepala, cemas, atau rasa tidak nyaman dapat mengganggu kualitas tidur.

4. Pola Personal Hygiene

Pengkajian personal hygiene meliputi kebiasaan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan memotong kuku, serta kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Pada pasien Hipertensi, personal hygiene umumnya dapat dilakukan secara mandiri kecuali jika terdapat komplikasi yang membatasi aktivitas.

5. Pola Aktivitas

Pengkajian pola aktivitas dilakukan dengan menilai aktivitas sehari-hari yang dilakukan di lingkungan keluarga maupun masyarakat serta tingkat kemandirian pasien dalam beraktivitas. Pada pasien Hipertensi, aktivitas berat dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah sehingga pasien dapat mengalami cepat lelah, pusing, atau keluhan lainnya saat beraktivitas.

d. Data psikososial

1. Persepsi Klien tentang Penyakit

Pengkajian persepsi klien tentang penyakit meliputi pemahaman klien mengenai Hipertensi, penyebab penyakit, tanda dan gejala yang dirasakan, serta upaya yang dilakukan untuk mengontrol tekanan darah. Selain itu dikaji juga respons emosional klien terhadap penyakitnya,

seperti rasa cemas, takut, khawatir, atau menyangkal kondisi yang dialami.

2. Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Pengkajian gambaran diri meliputi persepsi dan perasaan klien terhadap kondisi tubuhnya, perubahan fisik yang dialami, serta penerimaan klien terhadap keadaan dirinya setelah mengalami Hipertensi.

b) Identitas Diri

Pengkajian identitas diri meliputi pandangan klien terhadap dirinya sendiri, status dalam keluarga maupun masyarakat, serta bagaimana klien mengenali kondisi dirinya setelah mengalami penyakit.

c) Harga Diri

Pengkajian harga diri dilakukan dengan menilai perasaan klien terhadap kemampuan dan keberhargaan dirinya. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan perasaan rendah diri, cemas, atau takut apabila penyakit mengganggu aktivitas sehari-hari.

d) Peran Diri

Pengkajian peran diri meliputi kemampuan klien dalam menjalankan perannya di keluarga, pekerjaan, maupun lingkungan sosial. Kondisi fisik yang menurun dapat memengaruhi pelaksanaan peran sehari-hari.

e) Ideal Diri

Pengkajian ideal diri meliputi harapan, keinginan, dan tujuan klien terhadap kondisi kesehatannya. Klien biasanya berharap tekanan darah dapat terkontrol dan dapat kembali menjalankan aktivitas secara normal.

3. Hubungan dan Komunikasi

Pengkajian hubungan dan komunikasi meliputi hubungan klien dengan anggota keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan sekitar serta kemampuan klien dalam berkomunikasi. Pada pasien Hipertensi dapat dikaji apakah terdapat hambatan komunikasi, menarik diri, atau perubahan interaksi sosial akibat kondisi penyakitnya.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menentukan status kesehatan klien serta sebagai data dasar dalam menyusun rencana keperawatan.

1. Sistem Pernapasan

Pemeriksaan sistem pernapasan dilakukan dengan melihat keadaan umum pernapasan klien seperti frekuensi napas, irama napas, kedalaman napas,

serta adanya sesak napas. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan napas cepat atau sesak apabila telah terjadi komplikasi pada jantung atau paru.

2. Sistem Kardiovaskular

Pemeriksaan sistem kardiovaskular meliputi pengukuran tekanan darah, frekuensi nadi, irama jantung, dan bunyi jantung. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan peningkatan tekanan darah, takikardia, nyeri dada, edema pada ekstremitas, distensi vena leher, serta perubahan warna kulit seperti pucat atau sianosis apabila terjadi komplikasi kardiovaskular.

3. Sistem Pencernaan

Pemeriksaan sistem pencernaan meliputi nafsu makan, keadaan abdomen, mual, muntah, dan pola makan klien. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan penurunan nafsu makan atau mual akibat efek samping obat maupun kondisi penyakit.

4. Sistem Perkemihan

Pemeriksaan sistem perkemihan meliputi frekuensi berkemih, jumlah urine, warna urine, serta keseimbangan cairan. Pada pasien Hipertensi perlu dilakukan pemantauan output urine terutama pada pasien yang mendapatkan terapi diuretik.

5. Sistem Endokrin

Pemeriksaan sistem endokrin dilakukan untuk mengidentifikasi adanya gangguan hormonal atau penyakit penyerta seperti diabetes melitus yang dapat memperburuk kondisi Hipertensi.

6. Sistem Persarafan

Pemeriksaan sistem persarafan meliputi tingkat kesadaran, pemeriksaan refleks, kekuatan otot, dan pemeriksaan Glasgow Coma Scale (GCS). Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan sakit kepala, pusing, gangguan penglihatan, atau penurunan kesadaran apabila terjadi komplikasi neurologis.

7. Sistem Integumen

Pemeriksaan sistem integumen meliputi warna kulit, kelembaban kulit, turgor kulit, adanya edema, pengelupasan, perdarahan, atau kelainan kulit lainnya. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan edema terutama pada ekstremitas bawah.

8. Sistem Muskuloskeletal

Pemeriksaan sistem muskuloskeletal meliputi kekuatan otot, kemampuan bergerak, adanya tremor, nyeri otot, atau edema ekstremitas. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan kelemahan atau cepat lelah saat beraktivitas.

9. Sistem Reproduksi

Pemeriksaan sistem reproduksi meliputi fungsi seksual dan adanya gangguan reproduksi. Pada pasien Hipertensi dapat ditemukan penurunan libido atau gangguan fungsi seksual akibat kondisi penyakit maupun efek samping pengobatan.

f. Data spiritual

1. Nilai dan Keyakinan

Pengkajian nilai dan keyakinan meliputi kepercayaan klien terhadap agama atau keyakinan yang dianut, pandangan klien terhadap sakit yang dialami, serta pengaruh keyakinan tersebut dalam menghadapi Hipertensi. Selain itu dikaji juga apakah klien meyakini bahwa penyakit yang dialami merupakan cobaan, teguran, atau bagian dari proses kehidupan sehingga dapat memengaruhi cara klien menerima dan menjalani pengobatan.

2. Kegiatan Ibadah

Pengkajian kegiatan ibadah meliputi kebiasaan klien dalam menjalankan ibadah sehari-hari, frekuensi ibadah, serta adanya hambatan dalam melakukan kegiatan keagamaan akibat kondisi fisik yang dialami. Pada pasien Hipertensi, kondisi seperti sakit kepala, lemas, atau kelelahan dapat memengaruhi kemampuan klien dalam melaksanakan ibadah secara optimal.

g. Data Sosial dan Budaya

Pengkajian ini mencakup pola komunikasi, gaya hidup, hubungan sosial, faktor sosiokultural.

h. Data penunjang

Meliputi farmakoterapi dan prosedur diagnostik medis seperti pemeriksaan darah, urine, radiologi, dan USG.

i. Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data klien untuk menemukan masalah kesehatan/keperawatan

Tabel 2. 2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dinginWarna kulit pucat 4. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor: Subjektif: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks anke-brachial <0,90 4. Bruit femoral	Faktor-faktor penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup,obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah,yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah,penurunan suplai (O₂) ke otak, sinkop, Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
2	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. perubahan afterload (dispnea) objektif perubahan afterload 1. Tekanan darah meningkat/menurun 2. Nadi perifer teraba lemah 3. <i>Capillary refill time</i> >3 detik 4. Oliguria 5. Warna kulit pucat dan/atau sianosis	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup,obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah,yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah,afterload meningkat, Penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung (D.0008)

No	Data	Etiologi	Masalah
3	Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam 4 waktu singkat 3. <i>Jugular Venous Pressure (JVP)</i> dan/atau <i>Central Venous Pressure (CVP)</i> 4. Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor: Subjektif (tidak ada) Objektif 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 6. Kongesti paru	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan Tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, Gangguan sirkulasi Ginjal, Bloodflow aliran darah Menurun, Respon RAA, Rangsang aldosterone, Retensi Na, Edema Hipervolemia	Hipervolemia (D.0022)
4	Gejala dan tanda mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian	Nyeri akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan tanda minor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis	berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan, pembuluh darah ke otak meningkat, nyeri kepala, nyeri akut	
5	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak ROM menurun Gejala dan tanda minor: Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak	Faktor- faktor penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, penurunan fungsi motorik & mukuloskeletal, kaku kelemahan anggota gerak, Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

No	Data	Etiologi	Masalah
	terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		
6	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan tanda Minor: Subjektif 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah, afterload meningkat, Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas (D.0056)
7	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (Tidak tersedia) Gejala dan	Faktor-faktor penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah meningkat, Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

No	Data	Etiologi	Masalah
	tanda minor: Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif 1. (Tidak tersedia)		
8	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu	Faktor-faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, perubahan status kesehatan, Ansietas	Ansietas (D.0080)
9	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Menanyakan masalah yang	Faktor-faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan	Defisit pengetahuan (D.0111)

No	Data	Etiologi	Masalah
	dihadapi Objektif 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	tekanan darah, peruhan status kesehatan, kurang terpapar informasi, Defisit pengetahuan	
10	Faktor risiko untuk masalah risiko jatuh adalah: 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis: licin,	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, Menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, Penurunan fungsi motoric & mukuloskeletal, kaku kelemahan anggota gerak dan resiko jatuh	Resiko jatuh (D.0143)

No	Data	Etiologi	Masalah
	gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)		

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian khusus mengenai respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung secara aktual maupun secara. Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa actual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), tanda (*sign*), dan gejala (*symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa-diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus hipertensi antara lain sebagai berikut :

- a. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah
- b. Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan afterload
- c. Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- d. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- e. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- f. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan
- g. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan
- h. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Krisis situasional
- i. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif
- j. Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan usia ≥ 65 tahun dan riwayat jatuh

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam, kompres dingin, kompres hangat, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator- indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif

(perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang, baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab: Peningkatan tekanan darah Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 5. Pengisian kapiler >3 detik 6. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 7. Akral teraba dinginWarna kulit pucat 8. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor: Subjektif: 3. Parastesia 4. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif: 1. Edema	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku Lakukan hidrasi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral		Edukasi 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			tidak sembuh, hilangnya rasa).
2	Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan afterload Definisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh Penyebab: Perubahan afterload Gejala dan tanda mayor: Subjektif - perubahan afterload (dispnea) objektif perubahan afterload - Tekanan darah meningkat/menurun - Nadi perifer teraba lemah <i>Capillary refill time</i> >3 detik - Oliguria - Warna kulit pucat dan/atau sianosis	Curah jantung meningkat (L.02008) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: - Kekuatan nadi perifer meningkat - Ejection fraction (EF) meningkat - Palpitasi menurun - Bradikardia menurun - Takikardia menurun - Gambaran EKG Aritmia menurun - Lelah menurun - Edema menurun - Distensi vena jugularis menurun - Dispnea menurunOliguria menurun - Pucat/sianosis menurun - Paroximal nocturnal dyspnea (PND) menurun - Ortopnea menurun - Batuk 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)

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		15. Suara jantung S3 menurun 16. Suara jantung S4 menurun 17. Tekanan darah membaik 11. Pengisian kapiler membaik	9. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 10. Monitor fungsi alat pacu jantung 11. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
3	Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan kelebihan asupan cairan Definisi: Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular Penyebab:	Keseimbangan cairan meningkat (L.03020) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka keseimbangan cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Kelebihan asupan cairan Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif 4. Ortopnea 5. Dispnea 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) 4. Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor: Subjektif (tidak ada) Objektif 7. Distensi vena jugularis 8. Terdengar suara napas tambahan 9. Hepatomegali 10. Kadar Hb/Ht turun 11. Oliguria Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 12. Kongesti paru	2. Output urin meningkat 3. Membrane mukosa lembab meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Kekuatan nadi membaik 9. Tekanan arteri rata-rata membaik 10. Mata cekung membaik 11. Turgor kulit membaik	2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			2. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 3. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretic 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 3. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
4	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Penyebab: Agen pencedera fisiologis Gejala dan tanda mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 6. Tampak meringis 7. Bersikap protektif 8. Gelisah	Tingkat nyeri menurun (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	9. Frekuensi nadi meningkat 10. Sulit tidur Gejala dan tanda minor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis		9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Slow Stroke Back Massage</i>) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Penyebab: Penurunan kekuatan otot Gejala dan tanda mayor: Subjektif 2. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 3. Kekuatan otot menurun 4. Rentang gerak ROM menurun Gejala dan tanda minor: Subjektif 4. Nyeri saat bergerak 5. Enggan melakukan pergerakan 6. Merasa cemas saat bergerak Objektif 5. Sendi kaku 6. Gerakan tidak terkoordinasi 7. Gerakan terbatas	Mobilitas fisik meningkat (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	8. Fisik lemah		tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
6	Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan Definisi: Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Penyebab: Kelemahan Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 2. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan tanda Minor: Subjektif 4. Dispnea saat/setelah aktivitas 5. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 6. Merasa lemah Objektif 5. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 6. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas	Toleransi aktivitas meningkat (L.05047) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun - Dispnea saat aktivitas menurun - Dispnea setelah aktivitas menurun 3. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	7. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 8. Sianosis		3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
7	Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Penyebab: Hambatan lingkungan Gejala dan tanda mayor: Subjektif 6. Mengeluh sulit tidur 7. Mengeluh sering terjaga 8. Mengeluh tidak puas tidur 9. Mengeluh pola tidur berubah 10. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (Tidak tersedia)	Pola tidur membaik (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, an tempat tidur) 2. batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. fasilitasi menghilangkan stress

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Gejala dan tanda minor: Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif 2. (Tidak tersedia)		sebelum tiduretapkan jadwal tidur rutin 4. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, engaturan posisi, terapi akupresur) 5. sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang klus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
8	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional Definisi:	Tingkat ansietas menurun (L.09093) Setelah dilakukan	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman Penyebab: Krisis situasional Gejala dan tanda mayor: Subjektif 4. Merasa bingung 5. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 6. Sulit berkonsentrasi Objektif 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif 5. Mengeluh pusing 6. Anoreksia 7. Palpitasi 8. Merasa tidak berdaya Objektif 11. Frekuensi napas meningkat 12. Frekuensi nadi meningkat	intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	13. Tekanan darah meningkat 14. Diaforesis 15. Tremor 16. Muka tampak pucat 17. Suara bergetar 18. Kontak mata buruk 19. Sering berkemih 20. Berorientasi pada masa lalu		penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
9	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi Definisi: Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab: Kurang terpapar informasi	Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif 3. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 4. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 3. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 4. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
10	Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan kekuatan otot menurun dan riwayat jatuh Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh Faktor risiko: 1. Usia >65 tahun 2. Riwayat jatuh	Tingkat jatuh menurun (L.14138) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x.. jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	3. Penggunaan alat bantu berjalan Kekuatan otot menurun	3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendahTempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 5. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah ke empat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Menurut Asmadi (2020) dalam melakukan implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi yaitu :

1. *Independent implementations* adalah suatu tindakan dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya yang bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien, contohnya membantu klien dalam memenuhi *activity daily living* (ADL)
2. *Interdependent* atau *collaborative implementations* adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain, contohnya dalam pemberian obat
3. *Dependent implementations* adalah pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis seperti ahli gizi, psikolog, psikoterapi, dll dalam hal pemberian nutrisi kepada klien sesuai diet dengan yang telah dibuat oleh ahli gizi dan latihan fisik sesuai dengan anjuran bagian fisioterapi.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil dengan standar untuk pengambilan keputusan yang tepat, sehingga dapat diketahui sejauh mana tujuan tercapai. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus pada respon klien pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan

dan evaluasi sumatif atau hasil dilakukan dengan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan. Evaluasi sumatif dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Padila, 2020):

S : ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan pengamatan objektif

A : analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa

I : Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan

E : Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : kembali ke tindakan/perencanaan

2.3 Konsep *Slow Stroke Back Massage*

2.3.1 Pengertian *Slow Stroke Back Massage*

Slow stroke back massage adalah tindakan massage pada punggung dan bahu dengan usapan yang perlahan. Stimulasi kulit menyebabkan pelepasan endorphine. Penggunaan terapi *slow stroke back massage* dapat menurunkan tekanan darah (Yulia et al., 2025).

Slow stroke back massage adalah gerakan sentuhan punggung yang memiliki efek relaksasi pada otot, tendon, dan ligamen meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis, dan merangsang pelepasan neurotransmitter asetilkolin, yang

kemudian ada penghambatan kerja saraf simpatik yang menghasilkan terjadinya vasodilatasi sistemik serta penurunan kontraktilitas otot. Miokardium bermanifestasi sebagai penurunan denyut jantung, curah jantung, serta volume sekuncup yang mengakibatkan penurunan tekanan darah. *Slow stroke back massage* tidak hanya memberikan relaksasi secara menyeluruh, namun juga dapat melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah dan menurunkan respon nyeri (Surya & Yusri, 2022).

2.3.2 Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

Menurut (Utari *et al.*, 2023) *slow stroke back massage* didefinisikan sebagai tindakan manipulasi pada jaringan tubuh dengan gerakan menggosok secara berirama dan perlahan serta memiliki manfaat sebagai berikut:

- a. Efek biomekanik dari tekanan mekanis yang diberikan oleh massage pada jaringan otot dapat mengurangi kekuatan otot atau terjadi vasodilatasi. Hal ini akan memperkaya oksigen dalam darah serta membersihkan organ respirasi, dengan demikian meningkatkan kapasitas vital paru sehingga menghasilkan relaksasi otot.
- b. Efek Fisiologis
 1. Meningkatkan sirkulasi darah dengan tekanan mekanis dari masase, meningkatkan sirkulasi pada pembuluh darah dan memperlancar aliran darah kapiler, aliran darah beroksigen menuju jaringan meningkat.
 2. Hormon stimulasi atau rangsangan dapat mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik dan peningkatan dari sistem saraf parasimpatik.

3. Efek neurologis stimulasi kulit yang diberikan oleh masase dapat mengaktifkan serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter kecil, sehingga gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri dan terjadi penurunan nyeri.
- c. Efek psikologis masasse dapat menghasilkan relaksasi dari stimulasi pada jaringan tubuh karena respon dari neurohormonal yang kompleks di *axis hipotalamus hipofisis* (HPA) melalui jalur system saraf pusat yang diinterpretasikan sebagai respon relaksasi dengan mengeluarkan pituitary untuk merilekskan pikiran serta meningkatkan endophine, serotonin, melatonin, yang merupakan endogogonius morphin (zat yang memberikan efek menenangkan) yang ada dalam tubuh manusia dan katekolamin yang merupakan zat yang dapat melancarkan aliran darah.

2.3.3 Indikasi dan Kontraindikasi *Slow Stroke Back Massage*

Menurut (Akbar et al., 2024) indikasi dan kontraindikasi *slow stroke back massage* meliputi:

- a. Indikasi:
 1. Klien yang mengalami nyeri atau ketidaknyamanan
 2. Klien yang mengalami ansietas
 3. Klien dengan keluhan kekakuan dan ketegangan otot di bahu dan punggung
 4. Klien dengan kesulitan tidur
- b. Kontraindikasi

1. Pasien mengalami cedera atau ketidaknyamanan pada ekstremitas
2. Infeksi pada kulit
3. Area kulit di punggung mengalami luka, memar, ruam, inflamasi dan fraktur
4. Selama melakukan tindakan ssbm terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain jika pasien mengalami distress emosional selama melakukan ssbm maka dianjurkan untuk menghentikan dan mengkonsultasikannya dengan perawat dan dokter

2.3.4 Tindakan Slow Stroke Back Massage

Ada lima macam tehnik *Slow Stroke Back Massage* secara khusus menurut (Surya & Yusri, 2022) meliputi :

a. *Eflaurage* atau gosokan

Eflaurage adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian-bagian tubuh yang di gosok. Tangan mengosok secara supel menuju ke arah jantung dengan dorongan dan tekanan. Dengan bentuk telapak tangan dan jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang di gosok. Tetapi boleh juga menuju ke samping misalnya bagian dada, perut dan sebagainya. Tehnik *eflaurage* dilakukan pada permulaan massage dengan dosis 5 kali dan dosis 3 kali baik sebagian maupun untuk seluruh tubuh. Khasiat dari gerakan ini yaitu menghilangkan secara mekanisme ses-sel epitel yang mati dan mempercepat pengangkutan zat-zat sampah dan darah yang mengandung karbondioksida

b. *Petrisage* atau pijatan

Gerakan dengan pijatan menggunakan empat jari yang merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan supel. Kesalahan pada umumnya ialah tidak lurusnya jari-jari tersebut. Bagian tubuh yang terletak dalam lekupan telapak tangan antara jari atau ibu jari. Gerakan pijatan tangan meremas otot yang sedikit di tarik keatas seolah-olah akan memisahkan otot dan tulang selaputnya atau dari otot lainnya.

c. *Tapotamen* atau pukulan

Gerakan pukulan dengan satu tangan atau kedua belah tangan yang di pukul-pukulkan pada obyek pijat secara bergantian. Efek dari tapotamen ialah : memperlancar peredaran darah vena, merangsang otot-oto, menimbulkan rasa nyaman dan kehangatan.

d. *Frictitoin* atau gerusan

Gerakan gerusan kecil yang dilakukan dengan mempergunakan ujung tiga jari yang merapat, ibu jari, ujung siku, pangkal telapak tangan dan yang bergerak berputar-putar searah atau berlawanan arah dengan jarum jam.

e. *Vibration* atau gerakan

Gerakan getaran yang dilakukan dengan menggunakan ujung jari atau seluruh permukaan telapak tangan.

2.3.5 Standar Operasional Prosedur *Slow Stroke Back Massage*

Persiapan alat (± 2 menit)	Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut atau handuk untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit (lotion) untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan masase.
Persiapan pasien (± 2 menit)	Persiapan pasien dilakukan untuk mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien yaitu posisi

	<i>pronasi</i> atau <i>side lying</i> dengan punggung menghadap ke arah perawat. Membuka pakaian pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien
Persiapan lingkungan (± 1 menit)	Mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien, mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pasien.
Persiapan perawat (± 1 menit)	Menjelaskan tujuan terapi pada pasien dan mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan.
Prosedur pelaksanaan (± 10 menit)	1. Gerakan pertama yaitu tangan memberikan tekanan pendek, cepat dan bergantian tangan) dengan menggunakan telapak tangan dan jari dengan memberikan tekanan ringan. 2. Gerakan kedua yaitu teknik remasan (mengusap otot bahu), dengan satu tangan menekan dan tangan satunya meremas otot yang lain, angkat jaringan sambil diputar. 3. Gerakan ketiga yaitu teknik <i>friction</i> atau menggunakan jari atau ibu jari dengan gerakan memutar atau sirkuler, setelah itu dorong daging ke arah luar dengan secara bergantian dalam gerakan setengah lingkaran atau lurus berirama. 4. Gerakan keempat yaitu teknik <i>effleurage</i> dengan kedua tangan, memberikan sentuhan sedikit menekan dari arah ilika hingga pundak atau sebaliknya 5. Gerakan kelima dengan teknik <i>petrissage</i> yaitu menekan punggung secara horizontal. 6. Gerakan keenam yaitu teknik <i>tapotement</i> atau tekanan menyikat dengan menggunakan ujung jari, digunakan pada akhir <i>massage</i> dan berikan sentuhan <i>massage</i>

	memutar untuk mengakhiri <i>massage</i> .
Terminasi	Mengevaluasi tindakan yang baru dilakukan, berpamitan dengan klien, membereskan kembali alat, cuci tangan dan mencatat kegiatan yang dilakukan

2.4 Konsep *Evidence Base Practice* (EBP)

2.4.1 Pengertian *Evidence Base Practice* (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu update atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Rachmawati *et al.*, 2025). Pentingnya *Evidence Based Practice* dalam kurikulum *undergraduate* menyatakan bahwa pembelajaran *Evidence Based Practice* pada *undergraduate* student merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai *registered nurses* (RN).

2.4.2 Tujuan *Evidence Base Practice* (EBP)

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Rachmawati *et al.*, 2025).

2.4.3 Langkah *Evidence Base Practice* (EBP)

- a. Menumbuhkan semangat menyelidiki
- b. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format
- c. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT.
- d. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)
- e. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan.
- f. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
- g. Menyebar luaskan hasil dari *Evidence Based Practice* (EBP).

2.3.4 Kriteria inklusi dan eksklusi

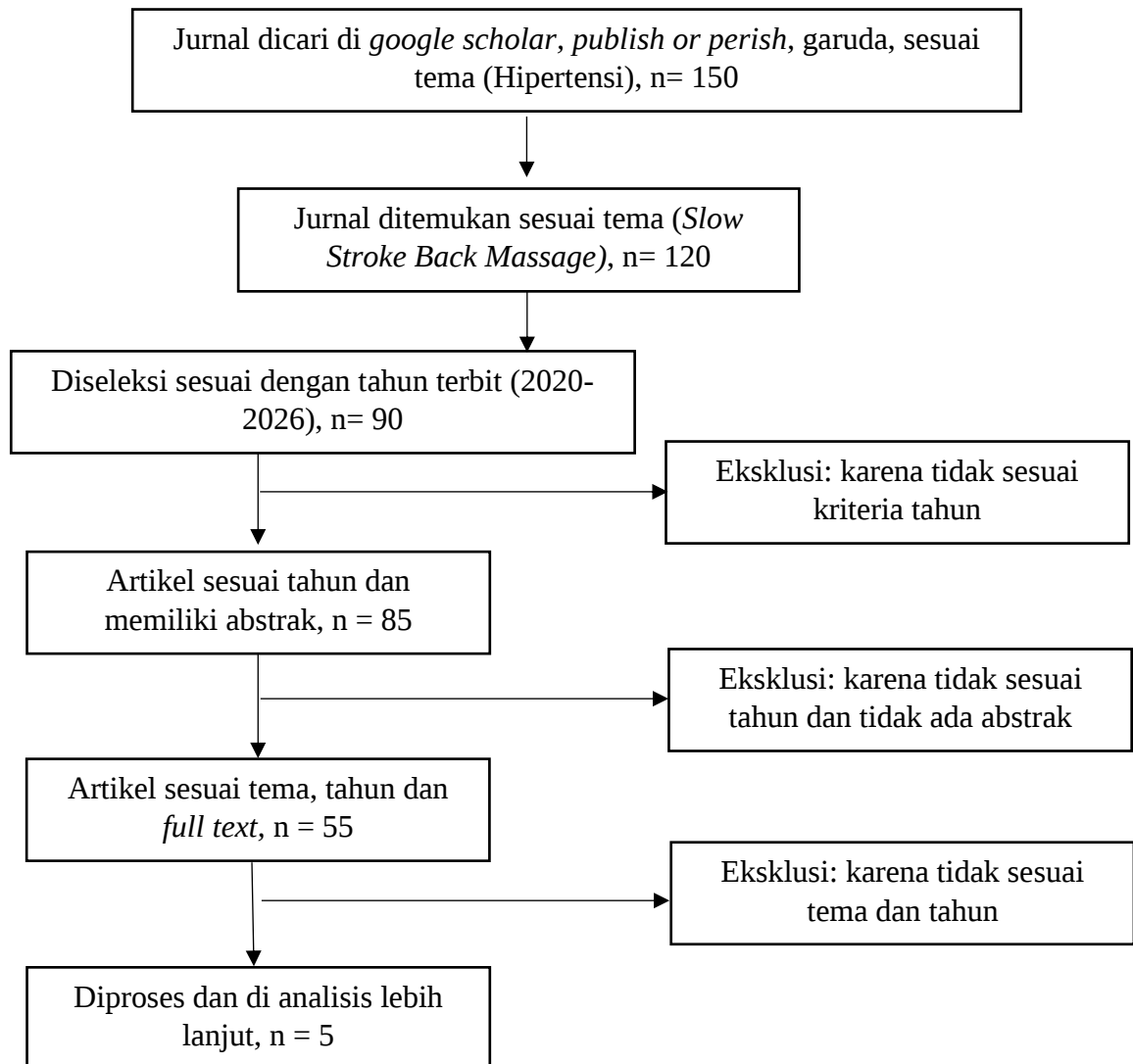
Tabel 2. 4 Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Pada pasien hipertensi	Selain pasien hipertensi
<i>Intervention</i>	Terapi <i>Slow stroke back massage</i>	Selain terapi <i>Slow stroke back massage</i>
<i>Comparison</i>	Tidak ada pembandingan	Tidak ada pembandingan
<i>Outcome</i>	Adanya pengaruh pemberian terapi <i>Slow stroke back massage</i> terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien hipertensi	Tidak ada pengaruh pemberian terapi <i>Slow stroke back massage</i> pada pasien hipertensi
<i>Studi design</i>	<i>Quasi experimental</i> dan <i>pre eksperimen</i>	Selain <i>quasi experimental</i> dan <i>pre eksperimen</i>
Tahun terbit	Jurnal yang terbit tahun 2020-2026	Jurnal yang terbit sebelum tahun 2020
Bahasa	Bahasa Indonesia dan bahasa Inggris	Selain bahasa Indonesia dan bahasa Inggris

2.3.5 Seleksi data

Seleksi data adalah memilih jurnal yang akan ditelaah. Pencarian jurnal menggunakan *keyword* atau kata kunci untuk memperluas dan memspesifikasikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan jurnal yang akan digunakan. Langkah-langkah seleksi artikel studi literature dapat digambarkan dalam diagram alir dibawah ini:

Bagan 2. 2 Diagram seleksi jurnal



2.3.6 Analisa data

Peneliti akan melakukan beberapa analisa terhadap jurnal terpilih yang sesuai tema yang mendukung pada penelitian. Jurnal penelitian kemudian dikumpulkan dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama, tahun terbit jurnal, judul penelitian, metode dan ringkasan hasil atau temuan ringkasan jurnal tersebut dimasukan kedalam tabel berisi judul, tahun terbit, nama penulis, populasi sampel, metode, kesimpulan dan alamat pencarian artikel.

2.3.7 Evidence base practice tentang slow stroke back massage

Tabel 2. 5 Evidence base practice

No	Penulis	Judul penelitian	Sampel dan populasi	Jenis penelitian	Hasil penelitian
1	Defrima Oka Surya & Viki Yusri, (2022)	Efektifitas terapi slow stroke back massage terhadap nyeri kepala pasien hipertensi	Besar sampel pada penelitian ini adalah 21 orang.	Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain <i>quasi-experimental method one group pre and posttest without control group design</i> . Intervensi yang diberikan yaitu slow stroke back massage. Intervensi diberikan selama 6 hari.	Perbedaan skala nyeri kepala sebelum dan sesudah pemberian ssbm adalah sebesar 3,24 pada 21 orang pasien hipertensi. Berdasarkan uji statistik t-dependent test (paired test) didapatkan nilai p value = 0,000 ($p < 0,05$), artinya ssbm efektif mengatasi masalah nyeri kepala pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas lubuk buaya.
2	Mahfuzah, Alina, Ridha	Pengaruh teknik slow stroke back	Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah	Desain penelitian yang digunakan adalah quasi	Hasil penelitian Menunjukkan adanya

No	Penulis	Judul penelitian	Sampel dan populasi	Jenis penelitian	Hasil penelitian
	Alin, Riski Kurniadi, Hidayat & Kurniadi, (2023)	massage (ssbm) terhadap Penurunan nyeri kepala dan tekanan darah pada lansia Penderita hipertensi di desa batu belah wilayah kerja Puskesmas air tiris	117 orang dengan Jumlah sampel sebanyak 12 orang.	eksperimental dengan Rancangan <i>one group pretest-posttest design</i> . Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pemberian teknik slow stroke back massage selama 20 menit.	pengaruh teknik slow stroke back massage terhadap penurunan nyeri kepala dan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi dengan nilai sig.(2-tailed) 0,000 dengan rata-rata penurunan nyeri kepala 2,34 serta tekanan darah sistolik 30,84 dan diastolik 12,5.
3	Purwani Istyawati, Dwi Budi Prastiani, Arif Rakhman (2020)	Efektifitas slow stroke back massage (ssbm) dalam menurunkan skala nyeri kepala pasien hipertensi di rumah sakit mitra siaga tegal	Jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 18 responden.	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dan desain penelitian <i>PreEksperimen dengan rancangan one group prapost tes design</i> .	Uji statistik yang digunakan uji t-paired dengan uji normalitas shapiro wilk. Hasil penelitian dari 18 responden didapatkan nilai mean 5,83 untuk skala nyeri sebelum diberikan SSBM, dan mean 4,78 untuk skala nyeri setelah diberikan SSBM. Hasil uji statistik $p = 0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Kesimpulan ada pengaruh pemberian SSBM terhadap skala nyeri kepala pasien hipertensi.
4	Mardiana	<i>The effectiveness of back massage therapy to reduce acute pain in</i>	<i>A sample of 30 respondents who were Divided into 2 groups. The</i>	<i>This research is a quasy experiment with a Pretest - Posttest control group. This massage</i>	<i>The analysis of research conducted in The intervention group using independent sample t</i>

No	Penulis	Judul penelitian	Sampel dan populasi	Jenis penelitian	Hasil penelitian
		<i>Hypertension in the work area of kading health center, bone Regency</i>	<i>intervention group (n= 15) received back Massage treatment and the control group received deep breath Relaxation techniques (n = 15).</i>	<i>technique is carried out for 20 minutes, which is done 2 times a day for 3 days.</i>	<i>test showed a Significant reduction in the pain scale In hypertensive patients with a Value of $p = 0.000$, while in the control group showed a value of $p = 0.082$ by providing deep breath relaxation therapy. The conclusion in This study that back massage is effective in reducing pain in hypertensive Patients.</i>
5	Candrawatia, ni komang sukra andinib, desak made ari dwijayanti	<i>The effect of slow stroke back massage on headache intensity in hypertensive older adultssang ayu ketut</i>	<i>The sample consisted of 34 hypertensive elderly people selected by purposive sampling according to the inclusion and exclusion criteria</i>	<i>This research is a quantitative study with a quasi-experimental design. The approach used was pretest-posttest with a non-equivalent control group.</i>	<i>The mean pre-test headache intensity score was 6.12 ± 1.62 in the intervention group and 5.82 ± 1.55 in the control group. After the intervention, the mean scores decreased to 2.71 ± 1.53 and 3.82 ± 1.55, respectively. The reduction in headache intensity was 3.41 points in the intervention group and 2.00 points in the control group. The pre-test comparison between groups using the independent t-test indicated no significant difference (p</i>

No	Penulis	Judul penelitian	Sampel dan populasi	Jenis penelitian	Hasil penelitian
					<i>= 0.592), whereas the post-test comparison using the mann-whitney u test showed a significant difference ($p = 0.041$). These findings suggest that ssbm significantly reduces headache intensity among hypertensive older adults</i>

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

A. Identitas

1. Identitas Klien

Nama : Ny. M
Tanggal Lahir : 8 Agustus 1991
Umur : 34 Tahun
Pendidikan : SMA
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawain : Menikah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda/Indonesia
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Cikadu RT. 04/05 Cimaung
Tanggal Masuk RS : 20 April 2026
NO CM : 01088xxx
No. Kamar : 13 B
Diagnosa Medis : Hipertensi

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 36 Tahun

Pendidikan : SMA
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda/Indonesia
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Hubungan : Suami

B. Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala

C. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk rumah sakit

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, klien mengeluh pusing, mual, muntah dan lemas. Dan saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah di IGD RSUD welas asih, klien mengatakan tekanan darahnya 200/140 mmHg.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan saat ini

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2026 pukul 07.30 WIB, klien mengeluh nyeri kepala yang dirasakan bertambah saat beraktivitas dan berkurang jika sedang istirahat. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dibagian kepala dan menjalar ke bagian tengkuk. Skala nyeri 5 (0-10). Nyeri dirasakan sering timbul secara mendadak (sewaktu-waktu). Klien tampak meringis dan sering memegang kepala dan tengkuknya. Klien tampak lemas dan mata terlihat sayu.

b. Riwayat kesehatan dahulu

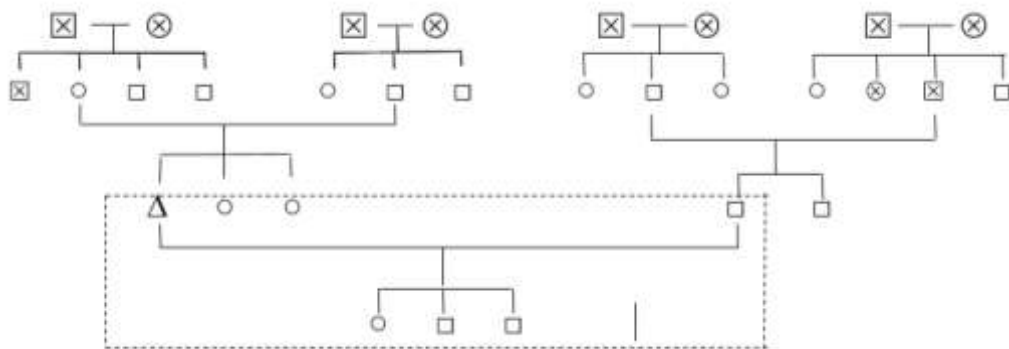
Klien mengatakan mulai mengalami hipertensi sejak kehamilan anak ke dua karena preeklamsi $\pm$ 3 tahun yang lalu. Dan sejak saat itu klien mulai mempunyai hipertensi.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan ibunya mengidap penyakit yang sama yaitu hipertensi. Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mengidap penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS dll.

d. Genogram

Bagan 3. 1 Genogram



Keterangan :

- : Laki
- : Perempuan
- ▲ : Klien/pasien
- : Tinggal serumah
- ┌ : Garis perkawinan
- └ : Garis keturunan

D. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : E4M6V5 (15)

TTV

Tekanan darah : 180/90 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Suhu : 36,5 °C

RR : 20 x/menit

SPO2 : 98 %

BB awal : 60 kg, sekarang 60 kg

TB : 158 cm

1. Sistem Pernafasan

a) Hidung : lubang hidung simetris antara kanan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung fungsi penciuman baik, saat diberi rangsangan bau-bauan klien mampu membedakan kayu putih dan parfum.

b) Paru-paru : bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi 20 x/menit

2. Sistem Kardiovaskuler

a) Jantung : tidak ada peningkatan JVP, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2)

b) Pembuluh darah : CRT <2 detik, tidak ada sianosis

3. Sistem Persyarafan

a) Fungsi cerebral

Kesadaran: Composmentis GCS (E4M6V5)

b) Fungsi kranial

1) Nervus Olfaktorius (Penciuman)

Klien dapat membedakan aroma minyak kayu putih dan parfum.

2) Nervus Optikus (Ketajaman Penglihatan)

Klien dapat melihat nametag perawat dalam jarak ± 30 cm,

3) Nervus Okulomotorius (Mengukur Pupil)

Pupil isokor, bulat dan mengecil saat terkena cahaya.

4) Nervus Trokhlearis (Gerakan Mata)

Klien dapat menggerakkan mata sesuai perintah.

5) Nervus Trigeminus (Saraf sensori dan motorik, membuka mulut)

Klien dapat membuka mulut dan klien dapat merasakan sentuhan pada wajah

6) Nervus Abdusen (Mengontrol gerakan mata)

Klien dapat menggerakkan mata dan dapat terkontrol

7) Nervus Fasialis (Mengerutkan dahi, menutup mata, memperlihatkan gigi, bersiul)

Wajah dan mulut simetris, kontraksi otot pengunyahan tidak ada hambatan

8) Nervus Vestibulokoklearis (Pendengaran)

Klien dapat menjawab pertanyaan tanpa pengulangan pertanyaan

9) Nervus Glosofaringeal (Daya mengecap dan reflex reflek muntah)

Klien dapat membedakan rasa, ada reflex muntah dan reflex menelan tidak ada hambatan

10) Nervus Vagus (Bersuara dan menelan)

Klien dapat menelan tanpa hambatan

11) Nervus Aksesorius (Kekuatan otot)

Klien tidak mengalami parase

12) Nervus Hipoglosus (Menjulurkan Lidah)

Klien dapat menggerakkan lidahnya, dan ketika menjuluran lidah tidak terdapat parase.

4. Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas :

Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, benjolan, oedema, maupun nyeri tekan di ekstremitas atas klien, tidak terdapat kelainan pada bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan struktur tulang belakang, keadaan

tonus otot kuat, tidak ada hambatan saat melakukan ROM, kekuatan otot 5 pada kedua ekstremitas.

b) Ekstremitas bawah :

Letak simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, benjolan, oedema maupun nyeri tekan di ekstremitas klien, tidak terdapat kelainan pada bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot kuat, tidak ada hambatan saat melakukan ROM, kekuatan otot 5 pada kedua ekstremitas.

5. Sistem integument

- a) Kulit : warna kulit sawo matang, tampak kering, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada oedema, saat dicubit kulit tampak kembali dengan waktu <2 detik, turgor kulit kembali dengan waktu <2 detik
- b) Kuku : bersih, tidak terdapat lesi disekitar kuku, CRT <2 detik

6. Sistem Perkemihan

Tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi pada kandung kemih, tidak ada keluhan, tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine kuning jernih.

7. Sistem Gastrointestinal

Mulut simetris, mukosa bibir lembab tampak pucat, bentuk abdomen datar, bising usus 9 x/menit, tidak ada pembesaran hepar, tidak asites, perkusi terdengar suara timpani.

8. Sistem Penginderaan

Mata : simetris, konjungtiva anemis, pupil isokor, dirangsang dengan cahaya pupil miosis, tidak ada hambatan saat menggerakkan bola mata, dapat membaca nametag perawat

Hidung : simetris, tidak ada lesi, lubang hidung bersih, tidak terdapat kotoran dan lesi, tidak terdapat pembengkakan sinusitis, tidak terdapat nyeri tekan, dan penciuman dapat membedakan aroma kayu putih dan parfum, tidak terdapat otot bantu napas.

Telinga : simetris, tidak terdapat lesi, telinga bersih, pendengaran baik klien dapat mendengar suara dengan jelas.

9. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran para tiroid.

10. Sistem Imunitas

Klien tidak memiliki alergi obat-obatan, makanan, dan cuaca

11. Sistem Reproduksi

Klien masih menstruasi, tidak ada keluaran leukore

12. Sistem Hematologi

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat perdarahan, ptekie tidak ada, purpura tidak ada, mimisan tidak ada, perdarahan gusi tidak ada, tidak terdapat echimosis, klien tampak pucat.

E. Aspek Psikologis

1. Status Emosi

Klien tampak meringis. Suasana yang membahagiakan klien ketika berkumpul dengan keluarga. Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman ketika nyeri kepala dan tengkuk muncul.

2. Gaya Komunikasi

Klien tampak berhati-hati dalam bicara, pola komunikasi spontan, klien tidak menolak untuk diajak berkomunikasi, komunikasi jelas, klien tidak menggunakan bahasa isyarat.

3. Pola Interaksi

Klien dapat berinteraksi dengan pengkaji dan keluarga, orang yang dekat dan dipercaya klien yaitu suami dan keluarganya, klien tampak aktif saat berinteraksi, tipe kepribadian klien terbuka.

4. Pola Pertahanan

Klien mengatakan ketika ada masalah sering mengungkapkan kepada suaminya.

5. Dampak di Rawat di Rumah Sakit

Selama di rumah sakit klien hanya beristirahat, klien tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelumnya.

F. Aspek Psikososial dan Spiritual

1. Data Psikososial

a) Persepsi klien tentang penyakit

Klien mengatakan belum tahu rinci tentang penyakit hipertensi, klien mengatakan hanya minum obat hipertensi saat pusing dan nyeri kepala saja. Klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakitnya dan pasien bertanya tentang cara menurunkan tekanan darah.

2. Konsep diri

a) Identitas diri

Klien mampu mengenali identitas diri dengan baik, mengetahui nama, usia dan jenis kelamin

b) Harga diri

Klien memiliki harga diri yang baik, tidak merasa rendah diri dan tetap percaya diri meskipun sedang sakit.

c) Peran diri

Klien menyadari adanya keterbatasan dalam menjalankan peran sehari-harinya, namun tetap berusaha beradaptasi dengan bantuan dukungan keluarga.

d) Ideal diri

Pasien berharap dapat kembali sehat dan dapat melanjutkan peran dalam keluarganya setelah sembuh dari penyakitnya

e) Hubungan/komunikasi

Klien mampu berkomunikasi dengan kooperatif, mampu menyampaikan kebutuhan dan perasaanya pada keluarga. Hubungan klien dan keluarga terlihat baik, ditandai dengan adanya dukungan dan perhatian dari keluarga pada klien.

3. Data Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam, dan meyakini akan norma yang dianutnya. Klien meyakini bahwa sakit yang dialami adalah cobaan dan usaha pengobatan yang dijalani adalah bagian dari ikhtiar.

b) Kegiatan ibadah

Klien tetap melakukan ibadah sholat, klien selalu berdoa dan berdzikir untuk kesembuhannya.

G. Aktivitas Sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

1. Pola Makan dan Minum

Tabel 3. 1 Pola makan dan minum

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan		
	Jenis	Nasi putih, ayam, tahu, tempe, sayur, dll	Bubur, ayam, tahu, tempe, sayur, dll
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Diet Khusus	Tidak ada	Rendah natrium
	Makanan Disukai	Sayur-sayuran	Sayur-sayuran
	Kesulitan		
	Menelan	Tidak ada	Tidak ada

	Gigi Palsu Nafsu Makan Usaha mengatasi masalah	Tidak ada Baik Tidak ada	Tidak ada Baik Tidak ada
2	Pola Minum Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan Minuman yang disukai Usaha mengatasi masalah	Air putih, teh, ±7 gelas/hari 250 ml/gelas Tidak ada Teh, air putih Tidak ada	Air putih ±7 gelas/hari 250 ml/gelas Tidak ada Air putih Tidak ada

2. Pola eliminasi

Tabel 3. 2 Pola eliminasi

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	BAB Frekuensi Warna Masalah Berat jenis feses Cara mengatasi masalah	1 x/hari Khas feses Tidak ada Klien tidak tahu Tidak ada	1x Khas feses Tidak ada Klien tidak tau Tidak ada
2	BAK Frekuensi Jumlah output Warna Masalah Cara mengatasi masalah	± 5 x/hari Tidak tahu Kuning khas urine Tidak ada Tidak ada	± 4 x/hari Tidak tahu Kuning khas urine Tidak ada Tidak ada

3. Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3. 3 Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Kegiatan sehari-hari	Beres-beres rumah, memasak, dll	Berbaring
2.	Pengaturan jadwal harian	Tidak ada	Tidak ada
3.	Penggunaan alat bantu	Tidak ada	Tidak ada
4.	Kesulitan pergerakan	Tidak ada	Tidak ada

4. Pola istirahat dan tidur

Tabel 3. 4 Pola istirahat dan tidur

No	Jenis	Sebelum masuk RS	Selama dirawat
1	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 1- 2 jam Tidak ada Tidak ada Suara kebisingan	± 1 jam Tidak ada Tidak ada Sulit tidur
2	Tidur Malam Lama Tidur Mempermudah tidur Mempermudah bangun Keluhan	± 6 –7 jam Kecapean Tidak ada Tidak ada	± 3-4 jam Tidak ada Sulit tidur karena nyeri kepala Klien mengeluh sulit tidur dan kadang terbangun, mengeluh istirahat tidak cukup

5. Pola *personal hygiene*

Tabel 3. 5 Pola *personal hygiene*

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama dirawat
1.	Mandi	Klien mandi 1-2x/hari dan melakukannya mandiri tanpa bantuan.	Klien mandi 1x/hari dengan cara di washlap dan dilakukan dengan bantuan keluarganya.
2.	Gosok gigi	Klien gosok gigi 2x/hari dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien gosok gigi 2x/hari dan secara mandiri tanpa bantuan
3.	Keramas	Klien keramas 2-3x/minggu dan secara mandiri tanpa bantuan.	Klien selama dirawat belum di keramas, hanya dibantu untuk merapihkan rambutnya saja.
4.	Aktivitas	Klien mengatakan aktivitas sehari-hari sebagai seorang ibu rumah tangga	Klien <i>bedrest</i> di istirahatkan dan meminimalkan aktivitas yang membuat lelah.

H. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium (tanggal: 20 April 2026)

Tabel 3. 6 Pemeriksaan hasil laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Unit	Nilai Rujukan
Hematologi			
Darah Rutin			
Hemoglobin	12,2	g/dL	12.0 – 16.0
Leukosit	9.230	sel/uL	3.800-10.600
Eritrosit	4.37	juta/uL	3.6 – 5.8
Hematokrit	36,3	%	35 - 47
Trombosit	105.000	sel/uL	150.000-440.000
MCV	83	fL	80-100
MCH	27,9	pg	26-34
MCHC	33,6	%	32-36
RDW-CV	14,1	%	11.5-14.5
RDW-SD	49,3	fL	
SGOT	23	u/L	10-31
SGPT	18	u/L	9-39
Glukosa darah sewaktu	127	mg/dl	70-200

2. Pemeriksaan lainnya (radiologi, CT scan dll)

a) CT scan kepala

Kesimpulan:

13) Mucoclele sinus maksilaris bilateral terutama kiri

14) Tidak tampak lesi iskemik atau perdarahan intracranial

15) Tidak tampak sol/neoplasma atau hidrocefalus

b) Foto thorax

Kesan:

16) Cardiomegaly tanpa bendungan paru

17) Tidak tampak TB paru aktif atau pneumoni

I. Terapi medis

Tabel 3. 7 Terapi medis

No	Obat yang diberikan	Jenis golongan obat	Rute	Frekuensi pemberian				Dosis obat	Keterangan/ riwayat obat
				Jam (waktu)					
1	Amlodipine	CCB (calcium chanel blocker)	Oral				20.00	1x10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah
2	Candesartan	ARB (angiotensin II reseptor blocker)	Oral	07.00				1x16 mg	Untuk menurunkan tekanan darah
3	Ceftriaxone	Antibiotic	IV	06.00		20.00		2x1 g	Mengatasi infeksi bakteri
4	Omeprazole	PPI (proton pump inhibitor)	IV		10.00			1x40 mg	Menurunkan produksi asam lambung
5	Ondansetron	Antiemetic	IV	06.00		15.00	23.00	3x8 mg	Mengatasi mual dan muntah
6	Folic acid	Vitamin (B9)	Oral	07.00				1x1 mg	Membantu pembentukan sel darah merah

J. Analisa Data

Tabel 3. 8 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: 18) Klien mengeluh nyeri	Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan darah	Nyeri akut (D.0077)

No	Data	Etiologi	Masalah
	kepala yang dirasakan saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, dirasakan seperti ditusuk-tusuk dibagian kepala dan menjalar ke tengkuk. Skala nyeri 5 (0-10), dirasakan sewaktu- waktu DO: 19) Klien tampak meringis 20) Klien tampak memegang kepala dan tengkuk 21) TTV: TD: 180/90 mmHg N: 89x/ menit	sistemik sehingga terjadi peningkatan tekanan pembuluh darah otak dan menyebabkan gangguan regulasi aliran darah otak dan penurunan perfusi/ iritasi pembuluh darah yang menimbulkan stimulasi reseptor nyeri di kepala sehingga terjadi nyeri akut	
2	DS: 22) Klien mengeluh sulit tidur dan kadang terbangun 23) Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO: 24) Klien tampak lemas 25) Mata tampak sayu	Hipertensi menyebabkan nyeri kepala dan rasa tidak nyaman sehingga sulit relaksasi saat malam dan sering terbangun/ sulit tidur dan menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)
3	DS: 26) Klien mengatakan belum tahu rinci tentang penyakit hipertensi 27) Klien mengatakan hanya minum obat hipertensi saat pusing DO: 28) Klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakitnya 29) Klien bertanya tentang cara menurunkan tekanan darahnya	Hipertensi menyebabkan perubahan status kesehatan dan adanya paparan informasi yang kurang menyebabkan defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)
4	DS: 30) Pasien mengeluh sakit kepala dan tengkuk DO: 31) Klien tampak pucat 32) TTV: TD: 180/90 mmHg N: 89x/ menit	Hipertensi menyebabkan gangguan sirkulasi pada pembuluh darah sistemik sehingga terjadi vasokonstriksi dan afterload meningkat sehingga beresiko munculnya penurunan curah jantung	Resiko penurunan curah jantung (D.0011)

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral d.d:

DS:

- 33) Klien mengeluh nyeri kepala yang dirasakan saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, dirasakan seperti ditusuk-tusuk dibagian kepala dan menjalar ke tengkuk. Skala nyeri 5 (0-10), dirasakan sewaktu- waktu

DO:

- 34) Klien tampak meringis
- 35) Klien tampak memegang kepala dan tengkuk
- 36) TTV:

TD: 180/90 mmHg

N: 89x/ menit

2. Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d:

DS:

- 37) Klien mengeluh sulit tidur dan kadang terbangun
- 38) Klien mengeluh istirahat tidak cukup

DO:

39) Klien tampak lemas

40) Mata tampak sayu

3. Defisit pengetahuan tentang penyakit yang diderita b.d kurang terpapar informasi d.d:

DS:

41) Klien mengatakan belum tahu rinci tentang penyakit hipertensi

42) Klien mengatakan hanya minum obat hipertensi saat pusing

DO:

43) Klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakitnya

44) Klien bertanya tentang cara menurunkan tekanan darahnya

4. Resiko penurunan curah jantung d.d adanya perubahan afterload

3.1.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3. 9 Rencana tindakan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d: DS: 45) Klien mengeluh nyeri kepala yang dirasakan saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, dirasakan seperti ditusuk-tusuk dibagian kepala dan menjalar ke tengkuk. Skala nyeri 5 (0-10), dirasakan sewaktu- waktu DO: 46) Klien tampak meringis 47) Klien tampak memegang kepala dan tengkuk 48) TTV: TD: 180/90 mmHg N: 89x/ menit	Tingkat nyeri menurun (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x8 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			mengurangi nyeri (<i>Slow Stroke Back Massage</i> yang dilakukan selama $\pm 10-15$ menit yang terdiri atas 5 teknik gerakan yaitu: 1. <i>Eflaurage</i> atau gosokan, 2. <i>Petrisage</i> atau pijatan, 3. <i>Tapotamen</i> atau pukulan, 4. <i>Frictitoin</i> atau gerusan, 5. <i>Vibration</i> atau getaran) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perl
2	Gangguan pola tidur b.d hambatan	Pola tidur membaik (L.05045)	Dukungan Tidur (I.05174)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	lingkungan d.d: DS: 49) Klien mengeluh sulit tidur dan kadang terbangun 50) Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO: 51) Klien tampak lemas 52) Mata tampak sayu	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x8 jam, maka diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun	Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, an tempat tidur) 2. batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. fasilitasi menghilangkan stress sebelum tiduretapkan jadwal tidur rutin 4. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, engaturan posisi, terapi akupresur) 5. sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang klus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3	Defisit pengetahuan tentang penyakit yang diderita b.d kurang terpapar informasi d.d: DS: 53) Klien mengatakan belum tahu rinci tentang penyakit hipertensi 54) Klien mengatakan hanya minum obat hipertensi saat pusing DO: 55) Klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakitnya 56) Klien bertanya tentang cara menurunkan tekanan darahnya	Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x8 jam, maka diharapkan status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambarkan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	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
4	Resiko penurunan curah jantung dd adanya perubahan afterload	Curah jantung meningkat (L.02008) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x8 jam, maka diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: - Kekuatan nadi perifer meningkat - Lelah menurun - Pucat/sianosis menurun - Tekanan darah membaik - Pengisian kapiler membaik	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 saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada (mis:

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 14. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 5. Berikan dukungan emosional dan spiritual 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung

3.1.4 Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi dan evaluasi keperawatan

No	Diagnosa	Hari /tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut	Kamis, 23 April 2026	08.00 08.05	1. Mengidentifikasi lokasi nyeri Hasil: nyeri dirasakan di kepala dan menjalar ke tengkuk 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 5 (0-10)	Kamis, 23 April 2026 jam 14.00 S: Klien mengeluh masih nyeri kepala	Indri Novilasari

No	Diagnosa	Hari /tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			08.07	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: nyeri dirasakan saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat	O: 57) Skala nyeri 4 (0-10) 58) Tampak memegang area kepala dan tengkuk A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 4, 5	
			08.10	4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam Hasil: klien dapat mengikuti yang diajarkan		
			08.15	5. Memberikan terapi <i>slow stroke back massage</i> : Hasil: klien merasa nyaman dan skala nyeri berkurang menjadi 4		
			08.25	6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: kebisingan berkurang, pengunjung di batasi		
			08.28	7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Hasil: klien menerima anjuran dari perawat		
			08.30	8. Melakukan pemeriksaan TTV: Hasil: TD: 176/95 mmHg N: 84x/menit R: 19x/menit S: 36,6°C		

No	Diagnosa	Hari /tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Gangguan pola tidur	Kamis, 23 April 2026	08.30	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien Hasil: klien tidur malam $\pm$ 3-4 jam, sering terbangun dan sulit tidur	S: Klien mengatakan tidur malam hanya $\pm$ 3-4 jam dan sering terbangun O: 59) Mata klien tampak sayu 60) Lingkungan kamar tampak lebih tenang, pencahayaan redup 61) Klien mampu mempraktekan teknik relaksasi A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5	Indri Novilasari
			08.32	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur: Hasil: klien mengeluh sulit tidur karena nyeri kepala		
			08.35	3. Menciptakan lingkungan yang nyaman Hasil: kebisingan berkurang, pencahayaan redup, posisi nyaman		
			08.37	4. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur: Hasil: pasien bersedia mencoba anjuran tersebut		
			08.40	5. Mengajarkan teknik relaksasi Hasil: klien mampu mengikuti latihan nafas dalam		
			08.43	6. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil: klien memahami apa yang disampaikan		
3	Defisit pengetahuan	Kamis, 23 April 2026	08.45	1. Menanyakan pemahaman klien tentang penyakit yang diderita	S: Klien mengatakan masih ada	Indri Novilasari

No	Diagnosa	Hari /tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	tentang penyakit yang diderita		08.47 08.50 09.00	Hasil: klien belum mengetahui dengan rinci tentang penyakit yang diderita 2. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: Hasil: klien mengatakan siap menerima informasi 3. Menjelaskan tentang penyakit (pengertian, penyebab, tanda gejala, pengobatan) dengan bahasa yang sederhana Hasil: klien tampak memperhatikan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: Klien bertanya hal yang ingin diketahuinya	yang belum dipahami O: 5. Klien masih bertanya-tanya A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1, 3, 4	
4	Resiko penurunan curah jantung	Kamis, 23 April 2026	09.03 09.05 09.07	1. Memeriksa tanda penurunan perfusi jaringan Hasil: akral teraba hangat, CRT < 2 detik, tidak ada edema pada ekstremitas 2. Memposisikan pasien semi fowler Hasil: pasien mengatakan nyaman 3. Memberikan anjuran diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)	S: Klien mengatakan masih nyeri kepala O: 5. Akral hangat, CRT < 2 detik, tidak ada edema pada ekstremitas 6. Klien beraktivitas sesuai toleransi A: Resiko penurunan curah	Indri novilasari

No	Diagnosa	Hari /tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			09.10	Hasil: klien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat 4. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Hasil: klien beraktivitas sesuai toleransi	jantung teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 4,	

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3. 11 Catatan perkembangan

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
Jumat, 24 April 2026	I	S: Klien mengatakan kepalanya masih terasa nyeri, skala 4 (0-10), nyeri terasa berdenyut O: 62) Klien tampak memegang area kepala 63) Tampak meringis 64) TD: 175/95 mmHg	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi 4. Lakukan terapi <i>slow stroke back massage</i> 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik dan antihipertensi I (08.00 WIB): 1. Mengkaji skala nyeri 2. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi 3. Memberikan terapi <i>slow stroke back massage</i> 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri E (14.00 WIB) : Skala nyeri 3 (0-10), masalah teratasi sebagian	
Jumat, 24 April 2026	II	S: Klien mengatakan masih sering terbangun, tidur malam 5 jam O: - klien tampak sayu dan lemas - Lingkungan tampak nyaman, tenang, cahaya redup, posisi nyaman - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam A: Gangguan pola tidur	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur I (08.00 WIB): 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 3. Memodifikasi lingkungan 4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur E (14.00 WIB) : Masalah teratasi sebagian	
Jumat, 24 April 2026	III	S: Klien mengatakan masih ada yang belum dipahami O: Klien tampak bingung dan masih bertanya-tanya A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi 2. Jelaskan tentang penyakit kepada klien 3. Berikan kesempatan untuk bertanya I (08.00 WIB):	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		1. Mengidentifikasi kesiapan menerima informasi 2. Menjelaskan tentang penyakit kepada klien 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya E (14.00 WIB) : Masalah teratasi sebagian	
Jumat, 24 April 2026	IV	S: Klien mengatakan kepalanya masih terasa nyeri O: - TD: 175/95 mmHg - Klien tampak rileks ditempat tidur - Akral teraba hangat dan CRT < 2 detik, tidak ada edema pada ekstremitas A: Resiko penurunan curah jantung P: Lanjutkan intervensi 1. Lanjutkan intervensi pemantauan kardiovaskuler secara berkala 2. Pertahankan edukasi diet rendah natrium dan lemak I (08.00 WIB): 1. Mengukur tekanan darah dan nadi secara berkala 2. Membatasi aktivitas sesuai toleransi klien 3. Mempertahankan edukasi diet rendah garam dan lemak E (14.00 WIB): Masalah teratasi sebagian	Indri novilasari
Sabtu, 25 April 2026	I	S: Klien mengatakan kepalanya masih terasa nyeri, skala 3 (0-10), nyeri terasa berdenyut O:	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		- Klien tampak memegang area kepala - Ekspresi meringis berkurang - TD: 158/95 mmHg A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi skala nyeri 2. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi 3. Lakukan terapi <i>slow stroke back massage</i> 4. Kolaborasi pemberian analgetik dan antihipertensi I (14.00 WIB): 1. Mengkaji skala nyeri 2. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi 3. Memberikan terapi <i>slow stroke back massage</i> E (20.00): Skala nyeri 2, Masalah teratasi sebagian	
Sabtu, 25 April 2026	II	S: Klien mengatakan hanya terbangun 1 kali, tidur malam 6-7 jam O: - klien tampak lemas - Lingkungan tampak nyaman, tenang, cahaya redup, posisi nyaman - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam A: Gangguan pola tidur P:	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur I (14.00 WIB): 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Memodifikasi lingkungan 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur E (20.00 WIB): Masalah teratasi sebagian	
Sabtu, 25 April 2026	III	S: Klien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya O: - Klien dapat menjawab pertanyaan yang diajarkan - Ekspresi kebingungan berkurang klien tampak paham A: Defisit pengetahuan teratasi	Indri novilasari
Sabtu, 25 April 2026	IV	S: Klien mengatakan nyeri kepalanya sedikit berkurang O: - TD: 158/95 mmHg - Klien tampak rileks ditempat tidur - Akral teraba hangat dan CRT < 2 detik, tidak ada edema pada ekstremitas	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		A: Resiko penurunan curah jantung teratasi	
Senin, 27 April 2026	I	S: Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah berkurang dan jarang muncul, skala nyeri 2 (0-10) O: - Klien tampak rileks - TD: 148/93 mmHg A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi skala nyeri 2. Lakukan terapi <i>slow stroke back massage</i> 3. Kolaborasi pemberian analgetik dan antihipertensi I (14.00 WIB): 1. Mengkaji skala nyeri 2. Memberikan terapi <i>slow stroke back massage</i> E (20.00 WIB): Skala nyeri 2, Masalah teratasi sebagian	Indri novilasari
Senin, 27 April 2026	II	S: Klien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak, tidur malam 6-7 jam O: - klien tampak segar - Lingkungan tampak nyaman, tenang, cahaya redup, posisi nyaman A:	Indri novilasari

Hari/tanggal	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
		Gangguan pola tidur teratasi	

3.2 Pembahasan Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.M Dengan intervensi *Slow Stroke Back Massage* di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat , maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan pada Ny.M dengan intervensi *Slow Stroke Back Massage* di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat, asuhan keperawatan yang dilakukan di mulai 23 April sampai 27 April 2026, dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pembahasan terhadap tahapan- tahapan tersebut adalah:

3.2.1 Pengkajian data dan analisa data

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dan berkesinambungan dalam pengumpulan data, verifikasi dan menganalisis informasi kesehatan pasien dengan menggunakan alat informasi berbasis bukti untuk mempelajari lebih lanjut mengenai kesehatan pasien, gejala serta seluruh keluhan pasien, termasuk mempertimbangkan nilai dan keyakinan, biologis, sosial, budaya, psikologis, dan spiritual pasien (Potter & Perry dalam Ridwan, 2024). Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 April 2026 di ruang Abdurrahman Bin Auf II RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, pada klien Ny. M yang berdomisili di Cimaung, berusia 34 tahun dengan diagnosa medis hipertensi. Hal ini bermula Ny.M mengatakan merasa pusing, mual dan muntah saat di dirumah, lalu dibawa oleh keluarga ke RS dan di diagnosa hipertensi.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2026, klien mengeluhkan nyeri kepala dan tengkuk bertambah pada saat beraktivitas dan berkurang pada saat beristirahat. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk. nyeri dirasakan dengan kualitas sedang dan dirasakan sewaktu-waktu.

Menurut Khansa et al., (2023), tanda gejala pada penderita hipertensi diantaranya adalah berat di tengkuk, sakit kepala, jantung berdebar, pusing, mudah kelelahan, telinga berdengung, penglihatan mata menjadi kabur, dan mimisan.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang disebutkan, yaitu diantaranya klien mengalami nyeri pada bagian kepala dan tengkuk.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Untuk merumuskan diagnosa keperawatan dibentuk oleh tiga aspek yaitu Problem, Etiologi, dan Symptom. Adapun masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi secara teori ada 10 diantaranya: Penurunan curah jantung, Nyeri akut, Kelebihan volume cairan. Intoleransi aktivitas, resiko ketidakefektifan Perfusi jaringan cerebral, Resiko jatuh, dan Defisit pengetahuan, gangguan pola tidur, gangguan mobilitas fisik, ansietas. Setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny. M berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat 3 masalah yang muncul dari 10 diagnosa yang mungkin muncul, diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung

kurang dari 3 bulan.

Diagnosa tersebut ditegakkan bila ada data mayor yang mendukung yaitu pengungkapan tentang nyeri, dan data minor yaitu tampak meringis, gelisah, dan perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya. Masalah ini muncul karena faktor umur atau gaya hidup yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dan menyebabkan gangguan sirkulasi di otak dan menyebabkan klien nyeri kepala dan pusing.

Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri bagian kepala, dan data objektif yaitu, pasien meringis karena nyeri P : nyeri dirasakan jika banyak beraktivitas Q : nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di bagian kepala dan menjalar ke tengkuk S : skala nyeri 5 : nyeri dirasakan secara sewaktu-waktu.

Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidak nyamanan bagi pasien.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Berdasarkan SDKI (2018) gangguan pola tidur adalah suatu keadaan dimana klien mengalami gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Dan untuk penegakan diagnosa gangguan pola tidur terdapat pada data adanya mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah. Terkait dengan teori dan data

yang ada menunjukkan untuk menegakan diagnosa gangguan pola tidur diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

Masalah ini penulis angkat karena saat pengkajian penulis menemukan data klien mengatakan klien mengatakan semenjak sakit susah tidur dan sering terbangun dengan adanya sesak ataupun batuk klien mengeluh sulit tidur, tidak puas tidur, pola tidur tidak teratur.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Informasi yang minim.

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu. Diagnosa tersebut dapat ditegakkan jika ada batasan karakteristik yaitu tentang ketidaktahuan pasien tentang hipertensi dan nutrisi hipertensi. Masalah keperawatan ini muncul karena perubahan situasi klien, yang tidak diketahui penyebabnya oleh klien karena informasi yang minim yang menyebabkan klien tidak mampu untuk mengenali masalah yang sedang klien alami saat ini. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena ditemukan tanda tanda yang mendukung yaitu secara subjektif klien mengatakan minum obat saat pusing saja dan bertanya tanya tentang hipertensi. Lalu data objektif klien suka bertanya dan klien tampak bingung. Penulis tidak memprioritaskan masalah tersebut karena tidak mengancam kehidupan, tetapi jika tidak ditangani klien tidak mengetahui bagaimana cara menangani hipertensi, dan apa saja yang boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.

4. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan *afterload*

Resiko penurunan curah jantung adalah suatu kondisi dimana beresiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi

kebutuhan metabolisme tubuh. Diagnosa ini merupakan diagnosa risiko sehingga ditegakkan berdasarkan adanya faktor risiko tanpa harus ditemukan tanda dan gejala mayor maupun minor. Salah satu faktor risiko yang mendukung adalah perubahan afterload, yaitu meningkatnya tahanan pembuluh darah yang harus dilawan oleh jantung saat memompa darah. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian ditemukan faktor risiko yang mendukung, yaitu klien memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan darah yang meningkat. Kondisi tersebut menyebabkan peningkatan afterload sehingga klien berisiko mengalami penurunan curah jantung apabila tekanan darah tidak terkontrol dengan baik.

3.2.3 Perencanaan keperawatan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjut dari diagnosa keperawatan, dimana di dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil, serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien. Pada tahap intervensi penyusun membuat rencana tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan apa yang menjadi keluhan dari klien. Didalam menentukan tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan. Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny.M yakni :

1. Nyeri akut

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan nyeri akut ada 2 intervensi utama, dan 25 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di

buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien dengan tanda gejala yang ditemukan pada klien.

Perencanaan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah Identifikasi lokasi nyeri (skala, lokasi, irama, kualitas), Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan, Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, Berikan obat, nonfarmakologi (terapi *slow stroke back massage*), Berikan posisi yang nyaman, Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu).

2. Gangguan pola tidur

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan gangguan pola tidur terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien.

Rencana yang diambil adalah dukungan tidur yaitu 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, 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), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

3. Defisit pengetahuan

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan defisit pengetahuan ada 1 intervensi utama dan 108 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana

yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien.

Rencana yang diambil adalah Edukasi Kesehatan. yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media penkes, Lakukan penkes (pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan nutrisi), Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi faktor kesehatan perencanaan tindakan ini adalah bekerja sama dalam meningkatkan pengetahuan klien tentang hipertensi.

4. Risiko penurunan curah jantung

Berdasarkan buku SIKI, untuk menyelesaikan risiko penurunan curah jantung terdapat beberapa intervensi, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil karena disesuaikan dengan kondisi klien.

Rencana yang diambil adalah Perawatan Jantung, yaitu identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung, monitor tekanan darah, frekuensi nadi, irama jantung, dan saturasi oksigen, monitor keseimbangan cairan (intake dan output), monitor toleransi aktivitas, berikan posisi semifowler bila diperlukan, anjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi, anjurkan istirahat yang cukup, edukasi pentingnya kepatuhan mengonsumsi obat antihipertensi dan menerapkan pola hidup sehat, serta kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi farmakologis sesuai indikasi.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Pada tahap implementasi, semua rencana yang telah dibuat bisa diimplementasikan sesuai perkiraan awal Adapun implementasi yang dilakukan

terhadap masalah keperawatan pada Ny.T yakni:

1. Nyeri akut, maka implementasi yang dilakukan sesuai intervensi selama 4 hari yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri, seperti Mengidentifikasi lokasi nyeri (skala, lokasi, irama, kualitas), mengidentifikasi faktor yang mempeberat dan memperingan, mengajarkan tehknik relaksasi nafas dalam, memberikan terapi nonfarmakologi (*slow stroke back massage*) pada Ny M, dengan subjektif klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul, objektif skala nyeri 2, TTV TD: 148/93 mmHg, R: 20x/menit S: 36,5 C, berikan posisi yang nyaman. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat
2. Gangguan pola tidur implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, mengajarkan terapi relaksasi (mendengarkan murottal sebelum dan tidur). Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi yang dilakukan oleh perawat dan juga bantuan dari keluarga

3. Defisit pengetahuan untuk mengatasinya dengan Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media penkes, melakukan penkes (pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan nutrisi), menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi faktor kesehatan perencanaan tindakan ini adalah bekerja sama dalam meningkatkan pengetahuan klien tentang hipertensi, dimana Ny. M bisa menambah ilmu dan pengetahuan tentang kondisi penyakit hipertensi agar klien bisa menjaga dan merawat sekaligus cara mencegah makanan yang harus dikonsumsi maupun makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat.
4. Risiko penurunan curah jantung, implementasi yang dilakukan yaitu dengan melakukan perawatan jantung, seperti mengidentifikasi tanda dan gejala primer serta sekunder penurunan curah jantung, memonitor tekanan darah, frekuensi nadi, irama jantung, respirasi, dan saturasi oksigen, memonitor toleransi aktivitas, memberikan posisi semifowler atau posisi yang nyaman, menganjurkan istirahat yang cukup, menganjurkan aktivitas fisik sesuai toleransi, memberikan edukasi mengenai kepatuhan mengonsumsi obat antihipertensi, diet rendah garam, serta pentingnya kontrol tekanan darah secara rutin.

3.2.5 Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral. Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan

nyeri kepala sudah berkurang. Setelah dilakukan implementasi selama 4 hari hasil objektif Skala nyeri menurun menjadi 3 (0-10), Klien tidak meringis, Tekanan darah 148/93 mmHg. Masalah pada diagnosa pertama teratasi sebagian.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur, setelah 4 hari dilakukan implementasi didapatkan data subjektif klien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak dengan durasi tidur malam 6-7 jam. Masalah pada diagnose tersebut teratasi.
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan sudah paham Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari, hasil objektif Klien tidak bingung dan Klien sudah mengerti. Hal tersebut menandakan masalah sudah teratasi.
4. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan afterload. Kriteria hasil untuk diagnosa di atas adalah tidak terjadi tanda dan gejala penurunan curah jantung serta tekanan darah lebih terkontrol. Setelah dilakukan implementasi, didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri kepala berkurang. Hasil objektif menunjukkan tekanan darah mulai lebih terkontrol, nadi teratur, respirasi dalam batas normal, serta tidak ditemukan tanda-tanda penurunan curah jantung. Hal tersebut menunjukkan bahwa masalah risiko penurunan curah jantung tidak terjadi dan tujuan intervensi tercapai, sehingga diagnosa teratasi.

3.2.6 Analisis Pembahasan *Evidence Base Practice*

A. Intervensi utama: *Slow Stroke Back Massage*

Penerapan Slow Stroke Back Massage (SSBM) pada Ny. M merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan efektivitas SSBM dalam membantu menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi. Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dikaji, SSBM secara konsisten menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri setelah diberikan intervensi. Surya dan Yusri (2022) melaporkan penurunan rata-rata skala nyeri dari 5,48 menjadi 2,24 setelah SSBM diberikan selama enam hari berturut-turut dengan nilai $p = 0,000$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pemberian SSBM dapat menjadi intervensi pendukung dalam mengatasi nyeri kepala pada pasien hipertensi.

Hasil penelitian Hidayat dan Kurniadi (2023) juga memperkuat efektivitas SSBM, yaitu pemberian SSBM selama 20 menit dalam empat hari mampu menurunkan nyeri kepala sebesar 2,34 poin. Selain menurunkan nyeri, penelitian tersebut menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sistolik sebesar 30,84 mmHg dan diastolik sebesar 12,5 mmHg dengan nilai $p = 0,000$. Hal ini menunjukkan bahwa SSBM tidak hanya memberikan efek terhadap persepsi nyeri, tetapi juga dapat membantu menciptakan kondisi relaksasi yang berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah. Temuan tersebut relevan dengan kondisi Ny. M yang mengalami hipertensi disertai

keluhan nyeri kepala sehingga SSBM dapat digunakan sebagai terapi komplementer dalam mendukung penatalaksanaan pasien.

Penelitian Istyawati et al. (2020) menunjukkan bahwa pemberian SSBM selama 10–30 menit dapat menurunkan rata-rata skala nyeri dari 5,83 menjadi 4,78 dengan nilai $p = 0,000$. Sementara itu, penelitian Mardiana (2021) menunjukkan bahwa pemberian SSBM selama 20 menit sebanyak dua kali sehari selama tiga hari menghasilkan penurunan nyeri yang signifikan pada kelompok intervensi ($p = 0,000$), sedangkan kelompok kontrol yang diberikan relaksasi napas tidak menunjukkan perubahan yang signifikan ($p = 0,082$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa SSBM memiliki potensi yang baik sebagai intervensi keperawatan untuk membantu mengurangi nyeri pada pasien hipertensi.

Penelitian Candrawatia (2025) semakin memperkuat temuan tersebut dengan menunjukkan penurunan rata-rata intensitas nyeri pada kelompok intervensi dari 6,12 menjadi 2,71 setelah diberikan SSBM selama 10 menit, tiga kali seminggu selama empat minggu, dengan nilai $p = 0,041$. Meskipun terdapat perbedaan durasi dan frekuensi pemberian SSBM pada masing-masing penelitian, seluruh penelitian menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu terjadinya penurunan intensitas nyeri setelah diberikan SSBM.

Berdasarkan hasil evidence based practice tersebut, penerapan SSBM pada Ny. M dapat dikatakan sesuai dengan bukti ilmiah yang tersedia. SSBM tidak dimaksudkan untuk menggantikan terapi farmakologis, tetapi digunakan sebagai terapi komplementer untuk membantu mengurangi nyeri, meningkatkan relaksasi, dan memberikan kenyamanan pada pasien.

B. Mekanisme kerja *Slow Stroke Back Massage*

Penerapan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) pada Ny. M dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan durasi sekitar 15 menit menggunakan enam teknik massage yaitu tekanan ringan, remasan (*petrissage*), *friction*, *effleurage*, *petrissage horizontal*, dan *tapotement*. Sebelum tindakan dilakukan pengkajian kondisi kulit, tekanan darah, serta penataan lingkungan yang nyaman agar pasien berada dalam kondisi rileks. Tahapan persiapan tersebut penting karena relaksasi yang optimal akan meningkatkan efektivitas stimulasi selama pemberian massage (Yuliza et al., 2023).

Mekanisme kerja SSBM dimulai ketika usapan lambat dan tekanan ringan pada area punggung merangsang reseptor mekanik pada kulit. Rangsangan tersebut diteruskan melalui serabut saraf sensorik menuju sistem saraf pusat sehingga menghambat transmisi impuls nyeri. Akibatnya, persepsi nyeri yang dirasakan pasien berkurang (Mak et al., 2024). Selain itu, stimulasi sentuhan selama massage juga meningkatkan pelepasan hormon endorfin dan serotonin yang berperan sebagai analgesik alami tubuh sehingga memberikan rasa nyaman dan meningkatkan relaksasi (Hermawan et al., 2024). Gerakan *effleurage* dan *petrissage* yang dilakukan secara perlahan membantu meningkatkan sirkulasi darah perifer, memperlancar aliran vena, mengurangi ketegangan otot pada daerah leher, bahu, dan punggung, serta meningkatkan suplai oksigen ke jaringan (Arishandi et al.,

2025). Sementara itu, teknik friction membantu melemaskan jaringan otot yang mengalami kekakuan sehingga keluhan pegal pada tengkuk dapat berkurang (Mak et al., 2024). Pada akhir tindakan, teknik tapotement diberikan sebagai stimulasi ringan untuk mempertahankan relaksasi jaringan sebelum massage diakhiri.

Secara fisiologis, relaksasi yang terjadi selama pemberian SSBM menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas sistem parasimpatis (Hermawan et al., 2024). Kondisi tersebut menyebabkan penurunan sekresi katekolamin seperti epinefrin dan norepinefrin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah, penurunan denyut jantung, penurunan tahanan perifer, serta membantu menurunkan tekanan darah (Anitasari, 2025). Oleh karena itu, penerapan SSBM tidak hanya berperan dalam menurunkan intensitas nyeri kepala akibat hipertensi, tetapi juga memberikan efek relaksasi yang mendukung pengendalian tekanan darah dan meningkatkan kualitas istirahat pasien (Arishandi et al., 2025).

C. Perbandingan teori dan praktik

Berdasarkan teori, Slow Stroke Back Massage merupakan terapi komplementer yang dilakukan menggunakan gerakan lambat, ritmis, dan tekanan ringan selama sekitar 10–15 menit untuk merangsang relaksasi, menurunkan nyeri, serta membantu mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi (Yuliza et al., 2023). Efek tersebut diperoleh melalui stimulasi sistem saraf parasimpatis, peningkatan pelepasan endorfin, serta penurunan

aktivitas simpatis yang menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah (Hermawan et al., 2024).

Pada praktiknya, penerapan SSBM pada Ny. M telah dilakukan sesuai SOP. Sebelum tindakan dilakukan pengkajian tekanan darah, kondisi kulit, serta penjelasan prosedur kepada pasien. Selanjutnya massage diberikan selama kurang lebih 15 menit dengan enam tahapan gerakan secara perlahan menggunakan lotion untuk mengurangi gesekan pada kulit. Selama tindakan pasien tampak kooperatif, rileks, dan tidak menunjukkan tanda ketidaknyamanan.

Hasil praktik menunjukkan adanya kesesuaian dengan teori. Setelah pemberian SSBM, Ny. M melaporkan nyeri kepala berkurang, tubuh terasa lebih rileks, ketegangan pada daerah tengkuk menurun, serta pasien tampak lebih nyaman dibandingkan sebelum intervensi. Kondisi ini menunjukkan bahwa stimulasi sentuhan yang diberikan melalui SSBM mampu menghasilkan efek relaksasi dan menurunkan persepsi nyeri sebagaimana dijelaskan dalam teori (Mak et al., 2024). Selain itu, penerapan terapi ini mendukung intervensi farmakologis yang diberikan sehingga menjadi terapi komplementer yang aman dan mudah diaplikasikan dalam praktik keperawatan (Anitasari, 2025).

D. Kesimpulan EBP

Berdasarkan bukti ilmiah dan hasil penerapan pada Ny. M dapat disimpulkan bahwa SSBM merupakan intervensi berbasis bukti yang efektif untuk menurunkan nyeri dan tekanan darah pada pasien hipertensi. Intervensi ini aman, mudah dilakukan dan tidak memiliki efek samping

yang merugikan sehingga dapat direkomendasikan sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri dalam penanganan hipertensi.

3.2.7 Tahap Dokumentasi keperawatan

Langkah selanjutnya penulis melakukan pendokumentasian / mencatat mulai dari pengkajian sampai dengan catatan perkembangan. Pada pengkajian penulis mendokumentasikan data subjektif, data objektif, pemeriksaan fisik serta identitas klien. Pada tahap diagnosa penulis mencatat diagnose yang muncul sesuai dengan SDKI. Pada tahap perencanaan penulis mencatat tujuan serta merancang intervensi. Pada tahap implementasi penulis mendokumentasikan secara naratif atau tabel tentang diagnosa tindakan yang benar – benar dilakukan serta dicatat tanggal, waktu, intervensi serta respon klien. Pada tahap evaluasi penulis menggunakan format SOAPIE dan SOAP atau format evaluasi langsung dan mencatat hasil tindakan, sebagian tercapai atau tidak tercapai.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny.M dengan Hipertensi dari tanggal 23-27 April 2026 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.M dengan Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny.M yaitu klien mengatakan sering nyeri kepala dan bagian tengkuk.
2. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan dari hasil temuan pengkajian pada Ny.M dengan Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.M dengan Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan

Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny.M dengan Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosa keperawatan Yaitu Terapi *Slow Stroke Back Massage* dimana SSBM terbukti efektif dan sesuai dengan bukti ilmiah baik secara nasional maupun internasional. SSBM bekerja dengan melepaskan hormone endorphen, relaksasi otot dan penurunan kortisol.
7. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Hipertensi di Ruang Abdurrahman Bin Auff II RSUD Welas Asih Jawa Barat.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lebih lanjut mengenai efektivitas *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) atau dapat mengkombinasikan SSBM dengan terapi komplementer lainnya sehingga diperoleh hasil yang lebih komprehensif.

4.2.2 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan dokumentasi akademik dalam pengembangan ilmu keperawatan. Selain itu, materi mengenai *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) diharapkan dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum Keperawatan Medikal Bedah (KMB) sehingga mahasiswa memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan berbasis *Evidence-Based Practice* (EBP).

4.2.3 Bagi tempat praktik

Diharapkan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) dapat diterapkan sebagai intervensi keperawatan mandiri yang dilakukan secara terstruktur dalam membantu mengurangi nyeri kepala pada pasien hipertensi. Selain itu, perlu adanya pelatihan atau sosialisasi mengenai teknik pelaksanaan SSBM agar kompetensi perawat semakin meningkat. Fasilitas pelayanan kesehatan juga diharapkan dapat menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai panduan praktik dalam penerapan SSBM sebagai terapi komplementer.

4.2.4 Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat melanjutkan penerapan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) di rumah sebagai terapi pendamping untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala. Selain itu, pasien diharapkan tetap rutin mengonsumsi obat antihipertensi sesuai anjuran tenaga kesehatan serta menerapkan pola hidup sehat, seperti membatasi konsumsi garam dan menjaga pola makan yang seimbang.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, N. R., Mustofa, S., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Lampung, U., Fisiologi, B., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2023). *Hipertensi : Gambaran Umum Hypertension : An Overview*. 11, 128–138.
- Akbar, Amalia, D., Mardiah, & Rahmawati. (2024). *PENERAPAN INTERVENSI TERAPI SLOW STROKE BACK MASSAGE*. 5(September), 9845–9851.
- Alviona, F., & Lismayanti, L. (2026). *ISU DAN TREND TERKINI DALAM PENANGANAN HIPERTENSI BERBASIS KOMUNITAS DI INDONESIA : LITERATURE REVIEW*. 3(1), 1039–1050.
- Auliyah, S. (2024). *Pengaruh Terapi Slow Stroke Back Massage terhadap Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Ruangan Pulau Selayar RSAL Dr . Mintohardjo perburukan kondisi dan komplikasi , serta meningkatkan harapan hidup dan kualitas hidup*. 2(3).
- Gauthfa, A., Auliasari, N., Handayani, R., Hanifa, H. L., Radiologi, P. S., Padjadjaran, U., Ir, J., Km, S., Sumedang, K., Barat, J., Farmasi, P., Matematika, F., Alam, P., Garut, U., Prof, J., Hamdani, A., Kidul, K. T., Garut, K., & Barat, J. (2025). *Interprofessional Collaboration dalam Upaya Penanganan dan Pencegahan Hipertensi Melalui Penyuluhan di Kelurahan Margawati*. 1(2), 61–68.
- Hidayat, R., & Kurniadi, R. (2023). *PENGARUH TEKNIK SLOW STROKE BACK MASSAGE (SSBM) TERHADAP PENURUNAN NYERI KEPALA DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA BATU BELAH WILAYAH KERJA*. 7(23).
- Istyawati, P., Prastiani, dwi budi, & Rakhman, A. (1980). *Community of Publishing In Nursing (COPING)*, p-ISSN 2303-1298, e-ISSN 2715-1980. 8, 207–213.
- Khansa, F., Utomo, W., & Nurchayati, S. (2023). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Aktivitas Fisik dengan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi*. 2(2).
- Lukitaningtyas, D. (2023). *No Title*. 2(April), 100–117.
- Mega, L., Pratiwi, D., & Soesanto, E. (2023). *Efektivitas Relaksasi Otot Progresif dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di RW 04 Kelurahan Gemah Kota Semarang*.
- Octavianie, G., Pakpahan, J., Maspupah, T., & Debora, T. (2022). *Promosi Kesehatan Hipertensi Pada Usia Produktif Sampai Lansia di*. 01(02).

- Punjastuti, B. (2020). *PENGARUH SLOW STROKE BACK MASSAGE TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI : LITERATURE REVIEW The Effect of Slow Stroke Back Massage on Blood Pressure in the Elderly With Hypertension : A Literature Review*. 11(02), 167–175.
- Rachmawati, L., Syafitasari, J., Ariesta, R., Ramli, N., & Yustanta, B. (2025). *buku ajar evidence based dalam praktik kebidanan*. PT OPTIMAL UNTUK NEGERI.
- Ridwan, H. H. (2024). *Buku Ajar Proses Keperawatan* (1st ed.). Eureka Media Aksara.
- Rimadia, A., Khoiriyah, K., Studi, P., Ners, P., & Semarang, U. M. (2023). *Penurunan Tekanan Darah Tinggi pada Menerapkan Terapi Relaksasi Otot Progresif Pasien Hipertensi yang*.
- Ritonga, E. P., Silaban, N. Y., Ners, D. P., Medan, U. I., Keperawatan, P. S., Medan, U. I., Artikel, I., Ritonga, E. P., Studi, P., Ners, P., & Medan, U. I. (2024). *Edukasi tentang hipertensi kepada masyarakat di kelurahan payah pasir kecamatan medan marelan*. 3(2), 82–87.
- Sabrina, D., Iqbal, M., & Suri, N. (2026). *Sains Medisina*. 4(3), 218–223. <https://doi.org/10.63004/snsmed.v4i3.902>
- Surya, D., & Yusri, V. (2022). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. 7(4), 120–123.
- Utari, D., karinna haq, R., & Prajayanti, eska dwi. (2023). *Penerapan Teknik Slow Stroke Back Massage Terhadap Tekanan Darah Pada pasien*. 2, 105–111.
- Wirayudha, dewa putu sailindra, Pratama, aditha angga, & Martini, M. (n.d.). *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*. 10(2).
- Yulia, E., Adillah, L., Wahyuningsih, sri atun, & hanggoro putro, dimas utomo. (2025). *PENERAPAN SLOW STROKE BACK MASSAGE TERHADAP*. 1(2), 44–55.

LAMPIRAN

A. Dokumentasi

