



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN NYERI AKUT MELALUI TINDAKAN
PENERAPAN RELAKSASI BENSON
DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSU PINDAD BANDUNG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NURHALIM

1035241217

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN
JAKARTA**

2025



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN NYERI AKUT MELALUI TINDAKAN
PENERAPAN RELAKSASI BENSON
DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSU PINDAD BANDUNG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

NURHALIM

1035241217

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS MH THAMRIN
JAKARTA**

2025

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Nurhalim

NIM : 1035241217

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung”** adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian pernyataan ini saya buat sebenarnya.

Jakarta, Agustus 2025



(Nurhalim., S.Kep)

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin Jakarta

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN NYERI AKUT MELALUI TINDAKAN
PENERAPAN RELAKSASI BENSON
DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSU PINDAD BANDUNG**

Jakarta, 19 Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



(Ns. Nurma Dewi, M. Kes., M.Kep)



(Ns. Sari Jiwanti, S.Kep., M.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Nurhalim

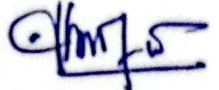
NIM : 1035241217


Program Studi : Pendidikan Profesi Ners


Judul Kian : **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSU Pindad Bandung"**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan telah dilakukan revisi hasil sidang Karya Ilmiah Akhir Ners.

TIM PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Sri Suryati, M.Kep., Sp.,Kep.MB ()

Anggota Penguji 1 : Ns. Nurma Dewi, M.Kes., M.Kep ()

Anggota Penguji 2 : Ns. Sari Jiwanti, S.Kep., M.Kep ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 19 Agustus 2025

Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Fakultas Kesehatan UMHT

(Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep)

Ketua Prodi

Nama : Nurhalim
NIM : 1035241217
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung”

Pembimbing : Ns. Nurma Dewi, M.Kes., M.Kep
Ns. Sari Jiwanti S, S.Kep., M.Kep

ABSTRAK

Latar Belakang : Hipertensi kondisi dimana tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih atau tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih. Gejala yang paling sering dikeluhkan oleh penderita hipertensi adalah nyeri di kepala. Penatalaksanaan hipertensi bisa menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi, Salah satu terapi non farmakologis adalah teknik relaksasi Benson. Teknik relaksasi benson merupakan salah satu terapi komplementer yang menggabungkan tehnik relaksasi dan keyakinan kepada Allah SWT untuk menurunkan tingkat nyeri seseorang.

Metode : Jenis karya ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif melalui pendekatan studi kasus dan studi literatur dengan melakukan kajian terhadap penelitian terdahulu. Penatalaksanaan asuhan keperawatan diberikan pada pasien Hipertensi dengan tingkat nyeri sedang di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung melalui penerapan tehnik relaksasi Benson

Hasil : Setelah diberikan implementasi dengan penerapan teknik relaksasi Benson selama 15 menit dengan frekuensi 2 kali sehari selama tiga hari berturut-turut, maka terdapat penurunan skala nyeri menjadi 2.

Kesimpulan : pemberian metode teknik relaksasi Benson cocok dan efektif untuk menurunkan skala nyeri akut pada pasien dengan hipertensi. Hasil studi kasus didapatkan Ny E dapat melakukan teknik relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri kepala sehingga disimpulkan bahwa relaksasi benson dapat diterapkan untuk menurunkan skala nyeri akut penderita hipertensi.

Kata Kunci : Hipertensi, Nyeri kepala, Teknik Relaksasi Benson
Daftar Pustaka : 37 buah (2016-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung”**. Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan dan disusun untuk diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini peneliti menyadari jika tanpa bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Daeng Mohammad Faqih, S.H., M.H, Rektor Universitas MH. Thamrin.
2. Atna Permana, M.Biomed., Ph.D, Dekan Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.
3. Ns. Neli Husniawati, S.Kep., M.Kep, Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas MH. Thamrin.
4. Ns. Nurma Dewi, M.Kes., M.Kep., Pembimbing utama yang telah membimbing, memotivasi dan memberikan pengarahan serta ilmunya dengan penuh kesabaran sehingga dapat terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Ns. Sari Jiwanti, S.Kep, M.Kep, Pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memberikan pengarahan serta ilmunya dengan penuh kesabaran sehingga dapat terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Seluruh dosen dan staff Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah banyak membantu selama kegiatan perkuliahan berjalan.
7. Saya ucapkan terimakasih kepada diri saya sendiri Nurhalim sudah mau bertahan, memaafkan, menerima dan berjuang sejauh ini, dan tidak menyerah sampai saat ini, terimakasih sudah melewati masa masa perjuangan ini.
8. Orang tua saya tercinta yaitu Ibu Dasmi yang telah memberikan dukungan semangat, doa, dan kasih sayang sehingga peneliti bisa membuat Karya Ilmiah Akhir Ners dengan baik.

9. Kepada istri tercinta Lina Hikmawati yang selalu mendukung dan memberikan support dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan baik.
10. Kepala Rumah Sakit Umum Pindad dr Dina Daniarti yang sudah memberikan dukungandalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir Ners ini
11. Kepada Ibu Yulia Kartika Nurdin selaku kepala bidang keperawatan yang telah memberikan semangat dan motivasi kepada penulis selama proses penyusunan laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar menjadi masukan berharga bagi peneliti dalam penulisan selanjutnya. Semoga dapat memberikan sumbangsih serta manfaat apapun kecilnya kepada dunia ilmu pengetahuan, masyarakat dan peneliti lain.

Jakarta, Agustus 2025



Nurhalim.,S.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	i
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Manfaat Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri Akut	17
C. Konsep Tehnik Relaksasi Benson	24
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	28
BAB III METODE KARYA ILMIAH.....	62
A. Jenis dan Rancangan Karya Ilmiah	62

B. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus	62
C. Cara Pengambilan Kasus	62
D. Analisis Kasus	63
BAB IV ANALISA KASUS.....	64
A. Pengkajian Keperawatan	64
B. Diagnosa Keperawatan.....	68
C. Intervensi Keperawatan	69
D. Implementasi Keperawatan	71
E. Evaluasi Keperawatan	73
BAB V PEMBAHASAN.....	75
A. Kesenjangan Antara Asuhan Keperawatan Secara Teori dengan Kasus	75
B. Analisis Implementasi Unggulan	81
BAB VI PENUTUP	83
A. Kesimpulan	83
B. Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	10
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	44
Tabel 4.1 Penurunan Skala Nyeri	74

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi.....	13
-----------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Face Pain Scale	22
Gambar 2.2 Verbal Rating Scale (VRS)	22
Gambar 2.3 Numeric Rating Scale	23

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian	89
Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan	91
Lampiran 3 : Format pengkajian Keperawatan Dasar	92
Lampiran 4 : SPO Terapi relakssi Benson.....	120
Lampiran 5 : Dokumentasi kegiatan	123
Lampiran 6 : Lembar Kosultasi KIAN	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi adalah penyakit kronis yang ditandai dengan tekanan darah tinggi pada dinding arteri. Ketika kondisi ini terjadi, jantung harus bekerja lebih keras untuk mengalirkan darah melalui pembuluh darah dan ke seluruh tubuh. Hal ini juga dapat menyebabkan penyakit degeneratif yang dapat berakibat fatal. Hipertensi sering disebut sebagai pembunuh diam-diam karena dapat menyerang siapa saja kapan saja dan menyebabkan kematian yang mendadak (Darah et al., 2021).

Perubahan demografi, urbanisasi dan globalisasi gaya hidup yang tidak sehat memiliki dampak besar pada perkembangan penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular, yang paling penting dan umum di antaranya adalah tekanan darah tinggi, yang dikenal sebagai pembunuh diam-diam atau tidak terlihat, karena jarang menimbulkan gejala apa pun. (Yulendasari & Jamaluddin, 2021).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik minimal 140 mmHg atau tekanan darah diastolik minimal 90 mmHg, berdasarkan rata-rata dari tiga kali pengukuran yang dilakukan kepada individu (Saputra et al., 2022). Tekanan darah tinggi dibedakan menjadi dua jenis: hipertensi primer maupun esensial, dan hipertensi sekunder. Saat ini, hipertensi sangat umum terjadi di Indonesia dan beberapa negara lain di seluruh dunia, menjadikannya sebagai isu utama dalam bidang kesehatan (Sukmadi et al., 2021).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 22% populasi dunia mengalami hipertensi. Di Asia Tenggara, 36% dari kasus hipertensi terjadi di

wilayah tersebut (Hariawan & Tatisina, 2020). Tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyebab utama kematian, dengan sebanyak 8 juta kematian di dunia setiap tahunnya. Di Asia Tenggara saja, terdapat sekitar 1,5 juta kematian, di mana sekitar sepertiga dari jumlah populasi menderita penyakit ini.

Dari Riset Kesehatan Dasar Indonesia, frekuensi terjadinya hipertensi mencapai 34,1% (Kemenkes RI, 2023). Berdasarkan data epidemiologi hipertensi di Indonesia, di antara penduduk yang berusia lebih dari 18 tahun, provinsi D.I. Yogyakarta menyandang peringkat kedua tertinggi. Dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2022, dinyatakan bahwa prevalensi hipertensi di wilayah tersebut mencapai 13,59%. Kenaikan terus menerus terjadi pada angka frekuensi maupun insidensi penyakit hipertensi. Di Jawa Barat, jumlah penduduk yang menderita hipertensi mencapai 13 juta orang (29,4%). Di Kota Bandung, terdapat sekitar 1,2 juta orang yang menderita penyakit tersebut (26%). Berdasarkan data dari pasien hipertensi di Rekam Medis RSUD Pindad Bandung, jumlah pasien yang dirawat di ruang penyakit selama periode Januari sampai November 2024 mencapai 64 orang.

Penyakit hipertensi, jika tidak diberi perawatan yang tepat, dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti penyakit jantung, stroke, maupun penyakit ginjal. Dalam beberapa kasus, orang yang menderita hipertensi berisiko mengalami kejadian stroke (Ningsih & Melinda, 2019). Hipertensi dianggap sebagai salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke, terlebih jika penderitanya mengalami stres yang sangat tinggi. Penderita hipertensi bisa mengalami aneurisma yang disertai disfungsi endotelial pada pembuluh darah. Jika gangguan pada pembuluh darah ini terus berlangsung dalam waktu lama, maka dapat menyebabkan terjadinya stroke (Ningsih & Melinda, 2019).

Penanganan hipertensi dapat dilakukan melalui cara farmakologi maupun nonfarmakologi. Untuk cara farmakologi, yaitu penggunaan obat-obatan yang

memiliki dampak terhadap kesehatan tubuh jika digunakan secara terus menerus dalam jangka waktu lama. Sementara itu, penanganan nonfarmakologi seperti relaksasi Benson merupakan salah satu terapi untuk menurunkan tekanan darah dan mengatasi nyeri kepala pada pasien hipertensi. Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang diciptakan oleh Herbert Benson, seorang ahli medis dari Fakultas Kedokteran Harvard yang meneliti manfaat doa dan meditasi bagi kesehatan (Atmojo, 2019). Teknik ini merupakan pengembangan dari metode pernapasan dalam dengan faktor keyakinan pasien. Teknik relaksasi Benson juga merupakan cara untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit dengan menciptakan lingkungan yang tenang dan kondisi tubuh yang rileks (Morita, 2020).

Relaksasi Benson mampu mengontrol tekanan darah karena relaksasi dapat merangsang sistem saraf parasimpatis yang bertugas mengatur respons relaksasi pada tubuh, serta berperan dalam mengatur pencernaan, detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah yang bisa bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Teknik ini membantu menenangkan sistem saraf simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah dan detak jantung saat stres, serta meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis yang berperan dalam menurunkan tekanan darah dan memperlambat detak jantung (Suirakoa, 2016). Relaksasi ini merupakan gabungan antara teknik respons relaksasi dan faktor keyakinan atau faith factor dari individu. Fokus utama dari teknik ini adalah pada pengucapan frasa tertentu secara berulang dengan ritme teratur, serta sikap yang pasrah. Frasa yang digunakan bisa berupa nama Tuhan atau kata-kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien sesuai dengan kepercayaannya (Atmojo, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Harris (2018) terhadap 30 pasien menunjukkan perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah penerapan teknik relaksasi Benson. Penelitian yang dilakukan oleh Afiffa dan Septiawan (2022)

tehnik relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengatasi nyeri kepala pada subjek hipertensi.. Penelitian yang lain juga dilakukan oleh Reni (2021) pada penderita hipertensi dengan keluhan nyeri kepala dan skala nyeri 4-6, setelah diberikan pemberian relaksasi Benson terdapat penurunan skala nyeri menjadi 1-2, oleh karena itu pemberian relaksasi Benson efektif menurunkan nyeri pada pasien hipertensi. Penelitian juga dilakukan (laily, 2022) di dapatkan hasil pasien I dan pasien II yang telah dilakukan relaksasi Benson selama tiga hari mengalami penurunan nyeri pada penderita hipertensi. Penelitian yang dilakukan (Saputra et al., 2022) menyimpulkan bahwa terapi relaksasi Benson dapat membantu menurunkan skala nyeri dan mengurangi sindroma nyeri pada pasien hipertensi. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kuswanto et al (2022) berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Lansia Hipertensi dengan Masalah Nyeri Kepala Melalui Terapi Inovasi Relaksasi Benson” menunjukkan bahwa terdapat penurunan dalam skala intensitas nyeri kepala pada pasien dengan hipertensi. Penelitian lain oleh Atmojo et al (2019) yang berjudul “Efektivitas Terapi Relaksasi Benson terhadap Intensitas Skala Nyeri Kepala pada Penderita Hipertensi” juga mengungkapkan bahwa ada dampak dari relaksasi Benson terhadap intensitas nyeri pada penderita hipertensi

Peran utama perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi yang mengeluhkan nyeri kepala bukanlah dengan terapi farmakologi atau obat-obatan karena dapat menimbulkan berbagai efek samping. Terutama pada pasien hipertensi dengan tingkat nyeri sedang yang diharapkan pasien bisa teratasi nyerinya tanpa harus menggunakan obat-obatan. Penting bagi perawat untuk memahami konsep-konsep dalam memberikan terapi non farmakologis yang berbeda dari yang umum digunakan seperti teknik relaksasi napas dalam. Pemberian relaksasi Benson diharapkan dapat menurunkan intensitas nyeri. Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk membahas lebih dalam lagi mengenai “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada

Pasien Hipertensi Dengan Masalah Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Karya Ilmiah Akhir Ners bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut melalui tindakan penerapan relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya hasil pengkajian dan analisis data pengkajian pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung
- b. Teridentifikasinya diagnosis keperawatan pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung
- c. Tersusunnya rencana asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung
- d. Terlaksananya intervensi utama dalam mengatasi nyeri akut melalui tehnik relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung
- e. Teridentifikasi hasil evaluasi keperawatan pada pasien hipertensi dengan nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung
- f. Teridentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi / alternatif solusi dalam pemecahan masalah pada pasien hipertensi yang mengalami gangguan nyeri akut dengan penerapan relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan dan menjadi motivasi bagi penulis selanjutnya dan meningkatkan proses berpikir yang kritis.

2. Bagi RSUD Pindad Bandung

Diharapkan dapat mengembangkan dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi melalui tindakan penerapan tehnik relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung.

3. Bagi Universitas MH Thamrin

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi di perpustakaan institut Universitas MH Thamrin, khususnya di bidang keperawatan medikal bedah dengan topik penerapan relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung

4. Bagi Keperawatan

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi profesi perawat khususnya keperawatan medikal bedah terkait dengan penerapan relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah gangguan pada pembuluh darah yang menyebabkan terhambatnya aliran oksigen dan nutrisi dari darah ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Tekanan darah tinggi sering disebut sebagai silent killer karena merupakan kondisi yang mematikan tanpa gejala (Hastuti, 2019). Tekanan darah tinggi (persisten) jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit arteri koroner), dan otak (menyebabkan stroke) jika tidak dikenali dan segera diobati dengan tepat. (Simamora et al., 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi, yaitu sistolik yang nilainya lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih besar dari 90 mmHg. tekanan darah pada orang dapat berfluktuasi sendiri setiap harinya titik tekanan darah tinggi inilah yang menimbulkan masalah bila sistem tekanan darah dapat membuat sistem peredaran darah di tubuh dan organ yang menerima darah, termasuk jantung dan otak, menjadi tegang. Menurut WHO, batas normal tekanan darah adalah 120-140 mmHg tekanan sistolik dan 80-90 mmHg tekanan diastolik. Seseorang dikatakan hipertensi jika tekanan darahnya $> 140/90$ mmHg. Tes tekanan darah akan menunjukkan dua angka. Angka yang lebih tinggi diperoleh saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang lebih rendah diperoleh saat jantung berelaksasi (diastolik). Tekanan darah di bawah 120/80 mmHg di defisinikan sebagai "normal". Pada tekanan darah tinggi biasanya terjadi kenaikan tekanan sistolik dan diastolic. Hipertensi biasanya terjadi pada tekanan darah 140/90 mmHg atau ke atas, diukur di kedua lengan tiga kali dalam jangka waktu beberapa minggu (Manuntung, 2018).

Tekanan darah adalah gaya yang diberikan darah pada dinding pembuluh darah dan disebabkan oleh tekanan darah terhadap dinding arteri saat dipompa dari jantung ke jaringan. Hipertensi merupakan penyakit yang terjadi karena interaksi beberapa faktor risiko yang dimiliki seseorang. Faktor penyebab hipertensi terbagi menjadi faktor yang tidak dapat dikendalikan, seperti riwayat keluarga, jenis kelamin dan usia, dan faktor yang dapat dikontrol seperti gaya hidup, termasuk obesitas, aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol, kebiasaan tidur dan sebagainya.

Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan komplikasi pada berbagai organ vital seperti jantung (infark miokard, insufisiensi koroner, gagal jantung kongestif), otak (stroke, ensefalopati hipertensi), ginjal (gagal ginjal kronis), mata (retinopati hipertensi) (Hasnawati, 2021). Dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan tekanan darah lebih besar dari 140 mmHg sistolik dan lebih besar dari 90 mmHg diastolik.

2. Etiologi

Menurut Manuntung (2018) berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu:

a. Hipertensi esensial atau primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhi adalah *genetic*, bertambahnya usia, stress psikologis dan lingkungan. Hiperaktivitas syaraf simpatis system renin. Angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia merupakan faktor- faktor yang meningkatkan resiko hipertensi.

b. Hipertensi sekunder

Penyebab hipertensi sekunder dapat diidentifikasi, antara lain penyakit pembuluh darah ginjal, penyakit tiroid (hipertiroidisme), penyakit

kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme), dan lain-lain. Karena saat ini kelompok terbesar penderita tekanan darah tinggi adalah penderita hipertensi esensial (Manuntung, 2018). Faktor faktor yang dapat menyebabkan hipertensi:

1) Umur

Seseorang yang berumur 40 tahun biasanya rentan terhadap meningkatnya tekanan darah yang lambat laun akan dapat menjadi hipertensi dan seiring dengan bertambahnya umur mereka.

2) Ras

Suku yang berkulit hitam berisiko lebih tinggi akan terkena hipertensi.

3) Riwayat keluarga

Hipertensi adalah penyakit turun menurun. Anak yang orangtuanya salah satu memiliki penyakit hipertensi memiliki resiko 25% menderita hipertensi juga. Jika kedua orangtuanya mengidap hipertensi, 60% keturunannya mendapatkan hipertensi.

4) Jenis kelamin

Saat ini hipertensi banyak ditemukan pada laki laki dewasa muda dan paruh baya. Sebaliknya, hipertensi sering terjadi kepada sebagian besar wanita setelah usianya memasuki 55 tahun, maupun yang mengalami menopause (Sumartini, 2019).

3. Klasifikasi

Hipertensi menurut WHO dan *International Society of Hypertension Working Group* (ISHWG) diklasifikasikan menjadi beberapa bagian yaitu klasifikasi optimal, normal, normal-tinggi, hipertensi ringan, hipertensi

sedang, dan hipertensi berat. Klasifikasi hipertensi menurut WHOISHWG dapat dilihat seperti tabel dibawah ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan darah Diastolik (mmHg)
Optimal normal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tinggi	130 – 139	85 – 89
Tingkat 1 (Hipertensi Ringan)	140 – 159	90 – 99
Sub-group: perbatasan	140 – 149	90 – 94
Tingkat 2 (Hipertensi Sedang)	160 – 179	100 – 109
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	> 180	> 110

4. Patofisiologi

Hipertensi merupakan suatu kondisi yang sangat kompleks. Ginjal merupakan penyumbang sekaligus organ target dari proses terjadinya hipertensi. Hipertensi juga melibatkan interaksi berbagai sistem organ dan berbagai mekanisme jalur independen atau interdependen. Faktor-faktor yang berperan penting dalam timbulnya hipertensi antara lain genetik, aktivitas sistem neurohormonal seperti sistem saraf simpatis dan sistem renin angiotensin aldosteron, obesitas, dan peningkatan asupan garam.

Hipertensi dapat terjadi akibat peningkatan curah jantung, peningkatan resistensi perifer, atau keduanya. Meskipun tidak ada penyebab pasti yang bisa diidentifikasi untuk sebagian besar kasus hipertensi, dapat dipahami bahwa hipertensi adalah kondisi multi faktorial. Karena hipertensi adalah tanda, kemungkinan besar memiliki banyak penyebab sama seperti demam memiliki banyak penyebab, berbagai faktor terlibat dalam perubahan tekanan darah, seperti curah jantung dan sirkulasi volume darah, elastisitas pembuluh darah, mediator hormonal dan stimulasi saraf).

Faktor lainnya yang diduga berperan dalam proses terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut: Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik terkait dengan disfungsi saraf otonomik batang, peningkatan reabsorpsi ginjal terhadap natrium, klorida, dan air, peningkatan aktivitas sistem renin angiotensin aldosteron, menyebabkan ekspansi volume cairan ekstraseluler dan peningkatan resistensi vaskular sistemik. Penurunan vasodilatasi arterial yang berhubungan dengan disfungsi endotel pembuluh darah. Resistensi terhadap kerja insulin, yang sering dihubungkan dengan terjadinya hipertensi, diabetes militus tipe 2, hipertrigliseridemia, dan obesitas (Ruhardi et al., 2021).

5. Manifestasi Klinik

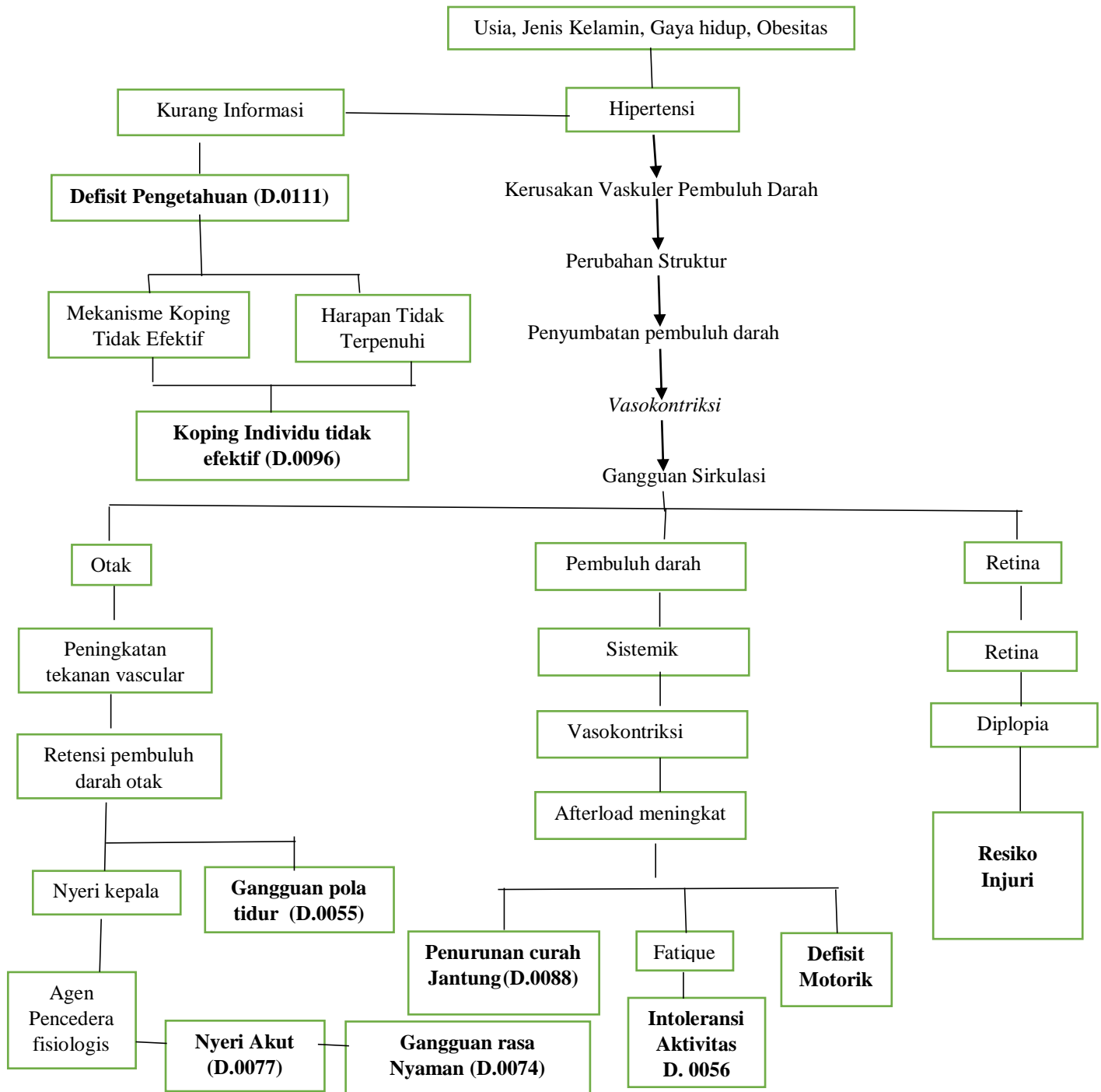
Tidak semua penderita hipertensi merasakan gejala karena hipertensi sering timbul tanpa menunjukkan gejala. Namun, pada umumnya gejala akan dirasakan oleh penderita apabila telah mengalami komplikasi pada hipertensi (Kemenkes RI, 2018) diantaranya:

- a. Pusing
- b. Sakit kepala
- c. Jantung berdebar
- d. Gelisah
- e. Mudah lelah

Menurut Aspiani (2016) menjelaskan bahwa sebagian besar gejala klinis muncul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- a. Nyeri kepala, kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- b. Penglihatan menjadi kabur karena kerusakan retina karena hipertensi
- c. Kerusakan susunan saraf pusat

6. Stadium Pathway



Bagan 2.1 Pathway Hipertensi

Aspiani, 2016

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dalam menegakkan diagnosa hipertensi pada pasien menurut Aspiani (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Laboratorium
 - 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
 - 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal kronis.
 - 3) Darah perifer lengkap
 - 4) Kimia darah (kalium, natrium, keratin, gula darah puasa)
- b. EKG
 - 1) Hipertrofi ventrikel kir
 - 2) Iskemia atau infark miocard
 - 3) Peninggian gelombang P
 - 4) Gangguan konduksi
- c. Foto Rontgen
 - 1) Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
 - 2) Pembendungan, lebar paru
 - 3) Hipertrofi parenkim ginjal
 - 4) Hipertrofi vascular ginjal (Aspiani, 2016)

8. Komplikasi

Pasien hipertensi perlu waspada dengan adanya penyakit peyerta serta komplikasi yang kemungkinan terjadi. Berikut adalah komplikasi dalam hipertensi menurut (Susetyowati et al., 2018).

- a. Stroke

Stroke adalah salah satu konsekuensi paling serius dari tekanan darah tinggi juga dapat pula menimbulkan kematian dini atau kecacatan

yang cukup serius.

b. Fibrilasi atrium

Tekanan darah tinggi juga dikaitkan dengan peningkatan risiko fibrilasi atrium. Terjadinya kedua penyakit ini selain stroke, ada 8% per tahun pada pasien dengan kedua penyakit tersebut. Hipertensi merupakan faktor risiko penting ketika menilai risiko stroke untuk fibrilasi atrium. Tekanan darah yang tidak terkontrol sangat meningkatkan risiko stroke pada fibrilasi atrium, juga pada pasien yang memakai antikoagulan, pasien hipertensi dengan hipokalemia karena diuretik atau kelebihan aldosteron terutama pada risiko fibrilasi aurikularis dan aritmia.

c. Demensia

Orang tua dengan hipertensi berada pada risiko tinggi untuk semua bentuk stroke dan sering memiliki stroke asimtomatik kecil yang dapat menyebabkan hilangnya progresif fungsi intelektual dan kognitif dan demensia. Selanjutnya, kini telah ditemukan adanya hubungan antara kejadian hipertensi dan penyakit Alzheimer.

d. Penyakit jantung koroner

Pada penderita hipertensi, PJK (penyakit jantung koroner) lebih sering terjadi daripada stroke, tetapi sekarang menunjukkan sebaliknya. Pengobatan hipertensi yang teratur dan memadai mengurangi risiko serangan jantung sekitar 20%. Sekarang banyak obat yang digunakan untuk penyakit sindrom koroner akut. Hipertensi biasanya menempati pada kedua kondisi ini secara bersamaan. Hipertensi dapat menyebabkan PJK (penyakit jantung koroner) karena kontribusinya terhadap pembentukan ateroma koroner atau sering disebut plak atheroma, dengan interaksi sehingga menghasilkan faktor risiko lainnya, seperti hiperlipidemia dan DM.

e. Gagal jantung

Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung. Orang dengan tekanan darah $> 160/95$ mmHg memiliki insiden gagal jantung enam kali lebih tinggi dibandingkan orang dengan tekanan darah $< 140/90$ mmHg. Selama bertahun-tahun, gagal jantung sudah terhubung dengan hipertensi yang tidak diobati akan menyebabkan penurunan tekanan darah secara perlahan karena fungsi ventrikel kiri semakin memburuk.

f. Penyakit ginjal

Tekanan darah tinggi sekarang lebih mungkin menyebabkan gagal ginjal progresif. Hampir semua penyakit ginjal primer menyebabkan peningkatan tekanan darah yang diperantarai oleh peningkatan kadar renin dan angiotensin, serta retensi natrium dan air.

g. Retinopati

Hipertensi dapat menyebabkan gangguan penglihatan, sehingga penglihatan menjadi kabur bahkan menyebabkan kebutaan yang ditandai dengan pecahnya pembuluh darah pada mata. Hipertensi dapat menyebabkan kelainan pada mata, salah satunya yaitu retinopati hipertensif. Retinopati hipertensif adalah kelainan saraf yang terjadi pada retina yang disebabkan karena adanya perubahan pada pembuluh darah akibat hipertensi.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien hipertensi menurut (Saputra & Huda, 2023) dibedakan menjadi dua yakni terapi farmakologis dan non farmakologis :

a. Terapi farmakologis

1) Golongan diuretik

Obat antihipertensi thiazide merupakan diuretik yang bisa

menurunkan tekanan darah. Fungsinya membantu ginjal untuk mengeluarkan garam dan air sehingga cairan di dalam tubuh dapat dikurangi.

2) Penghambat adrenergic

Obatnya yang terdiri dari alfa-blocker, beta-blocker dan alfa- beta bloker, yang mempengaruhi sistem simpatis dengan merespon secara cepat untuk mengontrol stress.

3) ACE inhibitor

Melakukan vasodilatasi pada pembuluh darah arteri untuk menurunkan tekanan darah adalah cara kerja obat ini. Obat ini umumnya diberikan kepada pasien yang menderita gagal jantung atau penyakit ginjal kronis.

4) Angiotensin II blocker

Cara kerjanya mirip dengan ACE inhibitor dalam menurunkan tekanan darah.

5) Antagonis kalsium

Melakukan upaya untuk melakukan penurunan aliran darah melalui pelebaran pembuluh darah. Obatnya bisa digunakan bagi pasien yang merasakan keluhan detak jantung cepat, nyeri dada serta migrain.

6) Vasodilator

Obat ini paling sering digunakan untuk obat anti hipertensi. Yang cara kerjanya dengan melebarkan pembuluh darah.

b. Terapi non farmakologis

1) Terapi relaksasi

Terapi relaksasi adalah jenis terapi bagi seseorang yang diinstruksikan untuk melakukan suatu gerakan yang bertujuan untuk menenangkan pikiran dan merilekskan anggota tubuh. Ada beberapa jenis terapi relaksasi, antara lain : relaksasi otot progresif, relaksasi autogenic, relaksasi Benson.

2) Olahraga senam

Senam arobik, senam ergonomic dan senam hipertensi merupakan senam yang dapat membantu dalam menurunkan tekanan darah.

3) Pembatasan konsumsi garam

Mengurangi asupan garam dapat memperbaiki tekanan darah. Kebanyakan garam dapat mengganggu keseimbangan cairan pada pasien hipertensi dan mempersulit jantung untuk memompa darah sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung. (Aspiani, 2016).

B. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial, namun nyeri bersifat subjektif dan sangat individual. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis

e

l

Nyeri akut adalah merupakan diagnosa keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan PPNI (2016).

b

2. **Klasifikasi Nyeri**

u

Menurut Andarmoyo (2020), klasifikasi nyeri dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut adalah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang.

l

Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan trauma bedah atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri sejenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit

b

a

g

a

.

gigi, terbakar, tertusuk duri, persalinan, pasca pembedahan dan lain sebagainya.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal pasien yang mengalami nyeri yang melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang menetap suatu panjang waktu. Nyeri kronik berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik tidak dapat mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

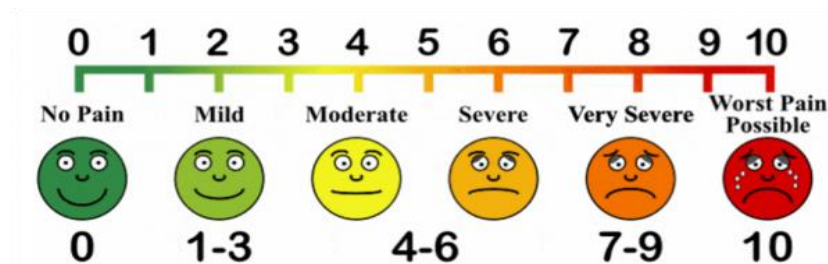
Nyeri kronik dibagi menjadi dua, yaitu nyeri kronik non maligna dan maligna. Nyeri kronik non maligna merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang progresif atau yang menyembuh, biasa timbul tanpa penyebab yang jelas misalnya nyeri pinggang bawah, nyeri yang didasari atas kondisi kronis, misalnya osteoporosis. Nyeri kronik maligna yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi yaitu terjadi akibat perubahan pada saraf. Perubahan ini terjadi bisa karena penekanan pada saraf akibat metastasis sel-sel kanker maupun pengaruh zat-zat kimia maupun pengaruh zat-zat kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri.

3. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyen merupakan ukuran dari berat ringannya nyeri yang dirasakan oleh individu. Individu adalah penilai terbaik dari rasa sakit yang mereka alami dan karena itu harus diminta untuk menggambarkan dan menilainya. Menggunakan skala intensitas nyeri adalah metode yang sangat sederhana dan dapat diandalkan untuk menentukan intensitas nyeri. Skala menggunakan rentang 0 hingga 10. Skala 0 menunjukkan "tidak ada rasa sakit" dan angka yang lebih tinggi dapat menunjukkan "kemungkinan rasa sakit yang parah" untuk individu tersebut (Mayasari, 2016).

a. Face Pain Scale (FPS)

FBS untuk mengukur seberapa besar rasa sakit yang dirasakan pasien. Setiap tampilan ekspresi wajah dapat menunjukkan bahwa hubungan dengan rasa sakit sedang dirasakan. Versi terbaru FPS menampilkan gambar enam wajah bergaris dalam arah horizontal. Kemudian pasien diminta menunjukkan wajah yang paling menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

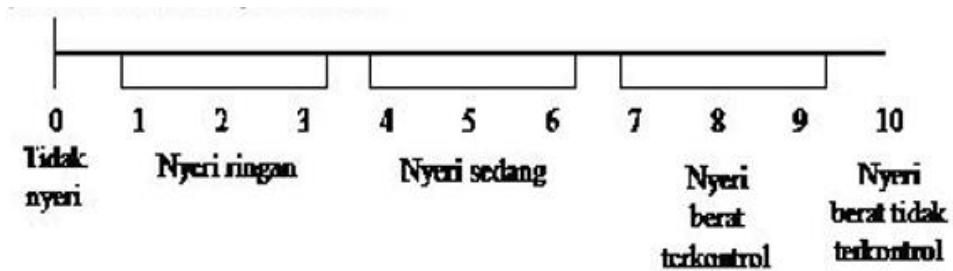


Gambar 2.1 Face Pain Scale (FPS)

Sumber (Mayasari, 2016)

b. Verbal Rating Scale (VRS)

VRS adalah skala ordinal yang biasanya digambarkan menggunakan 4 sampai enam kata sifatnya untuk menggambarkan peningkatan intensitas nyeri. Pasien diminta untuk memilih kata yang menggambarkan tingkat nyeri yang saat ini dirasakan.

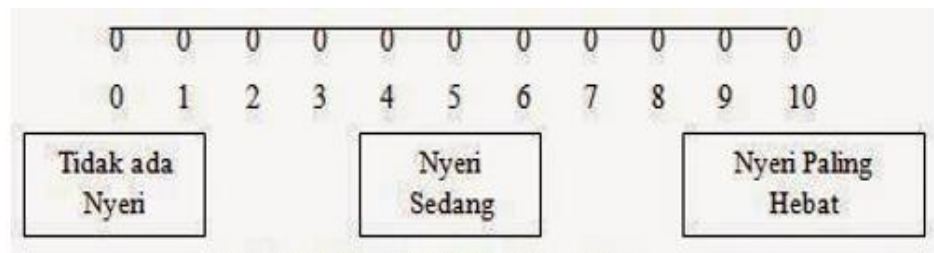


Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber: (Mayasari, 2016)

c. Numeric Rating Scale (NRS)

NRS digunakan untuk menilai pasien dan memberi mereka kebebasan penuh untuk mendiagnosis nyeri. Krebs, Carey, dan Weinberger (2007) memberi peringkat skor NRS dari 1 hingga 3 (nyeri ringan), 4 hingga 6 (nyeri sedang), dan 7 hingga 10 (nyeri parah).



Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber : (Mayasari, 2016)

5. Data mayor dan minor

Menurut SDKI (2016) tanda dan gejala untuk diagnosa nyeri akut adalah:

a. Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis: Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat

- 5) Sulit tidur
- b. Tanda dan gejala minor
 - Subjektif : (tidak tersedia)
 - Objektif :
 - 1. Tekanan darah meningkat
 - 2. Pola napas berubah
 - 3. Nafsu makan berubah
 - 4. Proses berpikir terganggu
 - 5. Berfokus pada diri sendiri
 - 6. Menarik diri,
 - 7. Diaforesis

6. Faktor penyebab

Menurut SDKI (2016) penyebab nyeri akut adalah:

- a. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

7. Penatalaksanaan

Tujuan utama dalam penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan nyeri, penatalaksanaan hipertensi secara garis besar ditentukan oleh derajat atau skala keparahan nyeri. Intervensi untuk masalah nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yang direkomendasikan yaitu manajemen nyeri dan terapi relaksasi adalah sebagai berikut:

a. Manajemen nyeri

- 1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri nonverbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, relaksasi Benson, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Terapi Relaksasi:

Observasi:

- 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- 2) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan

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
- 4) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan, manfaat dan jenis relaksasi (mis. music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- 2) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- 3) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- 4) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
- 5) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)

C. Konsep Teknik Relaksasi Benson

1. Pengertian

Relaksasi Benson adalah terapi non farmakologi dengan menggunakan dua metode yaitu metode pernapasan dengan melibatkan faktor keyakinan yang dianut oleh pasien sehingga dapat meningkatkan kadar oksigen selanjutnya tubuh akan menjadi lebih rileks, pasien akan merasa tenang, nyaman (Handayani Sukarno et al., 2021). Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi napas dalam yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, yang dapat menyebabkan otot - otot tubuh menjadi lebih relaks sehingga dapat menimbulkan perasaan tenang dan nyaman.

Teknik relaksasi Benson ini upaya untuk memutuskan perhatian pada suatu fokus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran negatif maupun yang sering mengganggu. Relaksasi benson ini dapat dilakukan dengan bantuan mentor atau dilakukan sendiri (Cahyati et al., 2021).

2. Manfaat Relaksasi Benson

- a. Ketentraman hati, berkurangnya rasa khawatir, cemas dan gelisah yang berlebihan
- b. Menurunkan tekanan dan ketegangan jiwa
- c. Tubuh akan lebih rileks
- d. Menurunkan detak jantung dan tekanan darah
- e. Menurunkan rasa nyeri
- f. Meningkatkan ketahanan terhadap berbagai penyakit
- g. Tidur menjadi lebih lelap
- h. Meningkatkan kesehatan mental
1. Daya tangkap atau memori lebih baik
- J. Meningkatkan daya berpikir logis
- k. Meningkatkan kreativitas seseorang
1. Meningkatkan keyakinan
- m. Meningkatkan rasa nyaman (Cahyati et al., 2021)

3. Tehnik Relaksasi Benson

- a. Siapkan Peralatan
 - 1) Tempat tidur
 - 2) Kursi
 - 3) Bantal
 - 4) Sampiran
 - 5) Jam tangan
- b. Cara kerja
 - 1) Pra interaksi
 - a) Cari tahu identitas klien
 - b) Persiapkan diri
 - 2) Interaksi
 - a) Mengucapkan salam
 - b) Menjelaskan tujuan atau manfaat relaksasi benson
 - c) Menanyakan kesediaan klien
 - 3) Tahap Kerja
 - a) Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
 - b) Anjurkan klien memilih tempat yang disenangi
 - c) Anjurkan klien mengambil posisi tidur terlentang atau duduk yang dirasakan paling nyaman
 - d) Anjurkan klien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah.
 - e) Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan.
 - f) Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar lalu tarik napas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan

napas kemudian hembuskan nafas melalui mulut, sambil mengucapkan Astaghfirullah (sesuai keyakinan), tenangkan pikiran kemudian napas dalam hembuskan, Alhamdulillah (sesuai keyakinan). Napas dalam hembuskan, Allahu akbar (sesuai keyakinan) dan teruskan selama 15 menit. (gunakan kalimat tauhid sesuai agama masing-masing)

- g) Kata yang diucapkan kalimat Allah, atau nama- namaNya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti Alhamdulillah, Subhanallah, dan Allahu Akbar (agama selain islam sesuai keyakinan)
- h) Klien diperbolehkan membuka mata untuk melihat. Bila sudah selesai tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata dibuka

4) Terminasi

- a) Tanyakan perasaan klien
- b) Observasi respon klien
- c) Evaluasi Kegiatan
- d) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- e) Dokumentasikan hasil tindakan
- f) Akhiri dengan mengucapkan salam

4. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan (Harris, 2018) terhadap 30 pasien menunjukkan perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah penerapan teknik relaksasi Benson dan menurut wahyu di tahun 2018 bahwa mengatasi rasa sakit dapat lebih efektif menggunakan relaksasi benson untuk mengurangi rasa sakit (Purba et al., 2021). Penelitian yang lain juga dilakukan oleh (Reni, 2021) pada penderita hipertensi dengan keluhan nyeri dengan skala nyeri 4-6, setelah diberikan pemberian relaksasi Benson terdapat penurunan skala

nyeri menjadi 1-2, oleh karena itu pemberian relaksasi Benson efektif menurunkan nyeri pada pasien hipertensi. Penelitian juga dilakukan (Iaily, 2022) di dapatkan hasil pasien I dan pasien II yang telah dilakukan relaksasi Benson selama tiga hari mengalami penurunan nyeri pada penderita hipertensi. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kuswanto et al (2022) berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Lansia Hipertensi dengan Masalah Nyeri Kepala Melalui Terapi Inovasi Relaksasi Benson” menunjukkan bahwa terdapat penurunan dalam skala intensitas nyeri kepala pada pasien dengan hipertensi. Penelitian lain oleh Atmojo et al (2019) yang berjudul “Efektivitas Terapi Relaksasi Benson terhadap Intensitas Skala Nyeri Kepala pada Penderita Hipertensi” juga mengungkapkan bahwa ada dampak dari relaksasi Benson terhadap intensitas nyeri pada penderita hipertensi.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan terdiri dari lima langkah yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi. Model keperawatan Virginia Henderson pengkajiannya berfokus pada keseimbangan fisiologis dengan membantu pasien dalam keadaan sehat maupun sakit sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang bertujuan mengembalikan kemandirian, kemampuan dan pengetahuan terhadap kondisi yang dialami (Desmawati, 2019).

1. Fokus Pengkajian Pasien dengan Hipertensi

Asesemen merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data yang lengkap dan terorganisir sehingga bisa di teliti dan di evaluasi terkait kesehatannya yang dialami oleh pasien baik fisik, mental, sosial ataupun spiritual, pada pasien hipertensi focus utama pengkajiannya adalah:

a. Pengumpulan data

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis)
- 2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien)

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan yang sering dirasakan pasien dengan hipertensi meliputi sakit kepala, cemas, pusing, kekakuan leher, penglihatan kabur, dan mudah merasa lelah, nyeri dada, sesak napas atau mimisan yang mungkin terkait dengan hipertensi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebelum masuk rumah sakit, pasien dengan hipertensi pada umumnya klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa beban berat, sakit kepala terasa bila klien melakukan aktifitas dan berkurang apabila di istirahatkan. Untuk setiap keluhan di perjelas dengan PORST:

Paliatif : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan.

Quantitas : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti ditusuk-tusuk

Region : Didaerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar

Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktifitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan

3) Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji riwayat penyakit yang sama seperti yang diderita sekarang (hipertensi), atau adanya penyakit lain yang dialami seperti penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit diabetes melitus, stroke. Selain itu dapat juga harus melakukan pengkajian obat-obatan yang pernah di minum serta ada tidaknya alergi terhadap obat. Penyakit penyerta yang sering dialami oleh penderita hipertensi yaitu diabetes melitus, penyakit jantung koroner, dispepsia, stroke, dan vertigo (Mandasari et al., 2022).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji anggota dalam suatu keluarga yang terkena penyakit sejenis dengan pasien, dan adanya penyakit lain lain yang diderita oleh anggota keluarga seperti TBC, HIV, diabetes melitus, asma, dan lain-lain. Seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan hipertensi akan lebih berisiko untuk mengalami kondisi yang sama (Adam et al., 2018). Kaji juga kebiasaan atau gaya hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol.

5) Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

6) Spiritual

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

c. Pola Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

d. **Pola Eliminasi**

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih dan sulit kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dan lain-lain), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih.

e. *Personal Hygiene*

Menggambarkan kebersihan dalam merawat diri yang mencakup, mandi, bab, bak, dan lain-lain.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a. **Keadaan Umum**

Meliputi penderita tampak lemah atau pucat, tingkat kesadaran apakah sadar, koma, disorientasi.

b. **Tanda-tanda vital**

Adanya peningkatan dalam tekanan darah dari normalnya 120/80 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi dari normalnya 60-70x/menit. Adanya peningkatan respirasi dari normalnya 18-20 x/menit

c. **Sistem pengindraan (penglihatan)**

Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan gaya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan

ganda (diplopia gangguan yang lain, ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah di kenali dengan baik.

d. Sistem pernafasan

Frekuensi pernapasan kemungkinan akan meningkat

d. Sistem kardiovaskuler

Peningkatan tekanan darah, dan peningkatan denyut nadi

e. Sistem gastrointestinal

Ditemukannya keluhan tidak nafsu makan, mual, muntah dan penurunan berat badan.

f. Sistem integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat lesi, oedema serta turgor kulit jelek akibat penuaan.

g. Sistem musculoskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi didapat klien mengeluh kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

h. Sistem genitourinaria

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

i. Sistem neurologi

1) Nervus I (Olfacterius) : penciuman

- 2) Nervus II (Opticus) : penglihatan
- 3) Nervus III (Oculomotoris) : gerak ekstraokuler mata dan kontriksi dilatasi pupil.
- 4) Nervus IV (Trochlearis) : gerak bola mata ke atas ke bawah
- 5) Nervus V (Trigeminus) : sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.
- 6) Nervus VI (Abducens) : gerak bola mata ke samping
- 7) Nervus VII (Facialis) : ekspresi pasial dan pengecap
- 8) Nervus VIII (Glossopharyngeus): gangguan pencernaan kemampuan menelan, gerak lidah.
- 9) Nervus IX (Vagus) : sensasi faring, gerak vokal suara.
- 10) Nervus X (Vagus) : posisi lidah
- 11) Nervus XI (Accessorius) : gerakan kepala dan bahu

3. Pemeriksaan penunjang

- a. Urine : untuk menilai fungsi ginjal dan kemungkinan adanya proteinuria (protein dalam urin)
- b. EKG : Untuk mengevaluasi aktivitas listrik jantung dan mendeteksi kelainan jantung, kemungkinan adanya pembesaran ventrikel kiri, pembesaran atrium kiri, adanya penyakit jantung koroner atau aritmia
- c. Laboratorium meliputi pemeriksaan darah lengkap, profilipid (kolesterol), gula darah, fungsi ginjal (ureum kreatinin) dan elektrolit (natrium dan kalium)
- d. Foto Rontgen : kemungkinan ditemukan pembesaran jantung vaskularisasi atau aorta yang lebar
- e. Echokardiogram : Untuk melihat kondisi katup jantung, ukuran dan fungsi bilik jantung, biasanya tampak penebalan ventrikel kiri, mungkin juga sudah terjadi dilatasi dan gangguan fungsi sistolik dan

diastolik.

- f. Pemeriksaan lainnya: sesuai kebutuhan seperti USG ginjal, angiografi, CT scan kepala untuk mengevaluasi komplikasi hipertensi.

4. Diagnosis Keperawatan

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

a. Penurunan curah jantung (D.0008)

Definisi : Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab:

1. Perubahan irama jantung
2. Perubahan frekuensi jantung
3. Perubahan kontraktilitas
4. Perubahan *preload*
5. Perubahan *afterload*

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Perubahan irama jantung : Palpitasi
2. Perubahan *preload* : Lelah
3. Perubahan *afterload* : Dispnea
4. Perubahan kontraktilitas
 - a) *Paroxysmal nocturnal*

- b) Ortopnea
- c) Batuk

Objektif

1. Perubahan irama jantung
 - a) Bradikardia/takikardia
 - b) Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi
2. Perubahan *preload*
 - a) Edema
 - b) Distensi vena jugularis
 - c) Central venous pressure (CVP)
 - d) meningkat/menurun
 - e) Hepatomegali
3. Perubahan *afterload*
 - a) Tekanan darah meningkat/menurun
 - b) Nadi perifer teraba lemah
 - c) Capillary refill time >3 detik
 - d) Oliguria
 - e) Warna kulit pucat dan/atau sianosis
4. Perubahan kontraktilitas
 - a) Terdengar suara jantung S3 dan/atau S4
 - b) Ejection fraction (EF) menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Perubahan *preload* : (tidak tersedia)
2. Perubahan *afterload* : (tidak tersedia)
3. Perubahan kontraktilitas: (tidak Tersedia)
4. Prilaku / emosional
 - a) Cemas
 - b) Gelisah

Objektif

1. Perubahan *preload*
 - a) Murmur jantung
 - b) Berat badan bertambah
 - c) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun
2. Perubahan *afterload*
 - a) *Pulmonary vascular resistance (PVR)* meningkat/menurun
 - b) *Systemic vascular resistance (SVR)* meningkat/menurun
3. Perubahan kontraktilitas
 - a) Cardiac index (CI) menurun
 - b) Left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun
 - c) Stroke volume index (SVI) menurun
4. Perilaku/emosional : (tidak tersedia)

b. Koping tidak efektif (D. 0096)

Definisi : Ketidakmampuan menilai dan merespon stressor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah

Penyebab :

1. Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
2. Ketidakadekuatan sistem pendukung
3. Ketidakadekuatan strategi koping
4. Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
5. Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor
6. Disfungsi sistem keluarga
7. Krisis situasional
8. Krisis maturasional
9. Kerentanan personalitas
10. Ketidakpastian

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

Objektif

1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)
2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar
2. Kekhawatiran kronis

Objektif

1. Penyalahgunaan zat
2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri
3. Perilaku tidak asertif
4. Partisipasi sosial kurang

c. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

Penyebab :

1. Gejala penyakit
2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan
3. Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan)
4. Kurang privasi
5. Gangguan simulasi lingkungan
6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi)
7. Gangguan adaptasi kehamilan

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh tidak nyaman

Objektif : Gelisah

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Menegelukh sulit tidur
2. Tidak mampu rileks
3. Menegelukh kedinginan/kepanasan
4. Merasa gatal
5. Mengelukh mual
6. Mengelukh Lelah

Objektif

1. Menunjukkan gejala distress
2. Tampak merintih/menangis
3. Pola eliminasi berubah
4. Postur tubuh berubah
5. Iritabilitas

d. Nyeri Akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab

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

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengelukh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
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

e. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab :

1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan
2. Kurang kontrol tidur
3. Kurang privasi
4. Restraint fisik
5. Ketiadaan teman tidur
6. Tidak familiar dengan peralatan tidur

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit tidur
2. Mengeluh sering terjaga
3. Meneggeluh tidak puas tidur
4. Meneggeluh pola tidur berubah

5. Mengeluh istirahat tidak cukup

Objektif (tidak tersedia)

Gejala dan tanda minor

Subjektif : Menegelh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif (tidak tersedia)

f. Intoleransi Aktifitas (D.0056)

Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
2. Tirah baring
3. Kelemahan
4. Imobilitas
5. Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh lelah

Objektif : 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

g. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Penyebab :

1. Keterbatasan kognitif
2. Gangguan fungsi kognitif
3. Kekeliruan mengikuti anjuran
4. Kurang terpapar informasi
5. Kurang minat dalam belajar
6. Kurang mampu mengingat
7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru tentang masalah

Gejala dan tanda minor

Subjektif (tidak tersedia)

Objektif

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)

5. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan merupakan tahap ketiga. Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan. Perawat membuat rencana tindakan dan tolak ukur kriteria hasil yang dapat digunakan untuk mengevaluasi perkembangan pasien. Ada 4 elemen penting yang harus diperhatikan saat perencanaan keperawatan yaitu: membuat prioritas, menetapkan tujuan, menetapkan kriteria hasil dan merencanakan intervensi

yang akan dilakukan. Intervensi yang diberikan mencakup tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi. Setelah pemberian intervensi kemudian perawat melakukan pendokumentasian sebagai catatan perkembangan pasien (SIKI, 2017; SLKI, 2017).

Perencanaan Keperawatan (berdasarkan diagnosis keperawatan yang muncul pada pathway sesuai SLKI dan SIKI)

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Penurunan curah jantung (D.0008) b.d Perubahan irama jantung, Perubahan frekuensi jantung, Perubahan kontraktilitas, Perubahan preload, Perubahan afterload di buktikan dengan :</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>Perubahan irama jantung : Palpitasi.</p> <p>Perubahan preload : lelah. Perubahan afterload : Dispnea.</p> <p>Perubahan kontraktilitas : Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), Ortopnea, Batuk.</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Perubahan irama jantung :</p> <p>a. Bradikardial / Takikardia.</p> <p>b. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi.</p>	<p>Curah jantung meningkat (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</p> <p>2. Ejection fraction (EF) meningkat</p> <p>3. Palpitasi menurun</p> <p>4. Bradikardia menurun</p> <p>5. Takikardia menurun</p> <p>6. Gambaran EKG Aritmia menurun</p>	<p>Perawatan Jantung (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP).</p> <p>2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</p> <p>4. Monitor intake dan output cairan</p>

	<p>2. Perubahan preload :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Edema, Distensi vena jugularis, b. Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun c. Hepatomegali. <p>3. Perubahan afterload.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah meningkat / menurun. b. Nadi perifer teraba lemah. c. Capillary refill time > 3 detik d. Oliguria. e. Warna kulit pucat dan / atau sianosis. <p>4. Perubahan kontraktilitas</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdengar suara jantung S3 dan /atau S4. b. Ejection fraction (EF) menurun. <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p>	<p>7. Lelah menurun</p> <p>8. Edema menurun</p> <p>9. Distensi vena jugularis menurun</p> <p>10. Dispnea menurun</p> <p>11. Oliguria menurun</p> <p>12. Pucat/sianosis menurun</p> <p>13. Paroximal nocturnal dyspnea (PND) menurun</p> <p>14. Ortopnea menurun</p> <p>15. Batuk menurun</p> <p>16. Suara jantung S3 menurun</p> <p>17. Suara jantung S4 menurun</p> <p>18. Tekanan darah membaik</p> <p>19. Pengisian kapiler membaik</p>	<p>5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>6. Monitor saturasi oksigen</p> <p>7. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)</p> <p>8. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)</p> <p>11. Monitor fungsi alat pacu jantung</p> <p>12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p>13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium</p>
--	--	--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan Preload (Tidak Tersedia) 2. Perubahan Afterload (Tidak Tersedia) 3. Perubahan Kontraktilitas (Tidak Tersedia) 4. Perilaku <ol style="list-style-type: none"> a. Cemas b. Gelisah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan Preload <ol style="list-style-type: none"> a. Murmur Jantung b. BB Bertambah c. Pulmonary Artery Wedge Pressure (PAWP) Menurun 2. Perubahan Afterload <ol style="list-style-type: none"> a. Pulmonary Vaskular Resistance (PVR) Meningkat/Menurun b. Systemic Vaskular Resistance (SVR)Meningkat/Menurun 3. Perubahan kontraktilitas <ol style="list-style-type: none"> a. Cardiac Index (CI) Menurun 		<p>channel blocker, digoksin)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
--	---	--	---

	<p>b. Left Ventricular stroke work index (LVSWI) Menurun</p> <p>c. Stroke Volume Index (SVI) Menurun</p> <p>4. Perilaku/Emosional (tidak tersedia)</p>		<p>6. Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
--	--	--	---

			2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
2	<p>Koping tidak efektif (D.0096) b.d Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah, ketidakadekuatan sistem pendukung, ketidakadekuatan strategi koping, ketidakaturan atau kekacauan lingkungan, ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor, disfungsi sistem keluarga, krisis situasional, krisis maturasional, kerentanan personalitas, ketidakpastian.</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar 2. Kekhawatiran kronis <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyalahgunaan zat 	<p>Status koping membaik (L. 09086) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan status koping membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat 2. Prilaku koping adaptif meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 4. Verbalisasi kelemahan diri meningkat 5. Prilaku asertif meningkat 	<p>Dukungan Pengambilan Keputusan (I. 09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 3. Fasilitasi melihat situasi secara realistic 4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi

	2. Manipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri 3. Perilaku tidak asertif 4. Partisipasi sosial kurang	6. Verbalisasi menyalahkan oranglain menurun 7. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun 8. Hipersensitif terhadap kritis menurun	7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain , jika perlu 8. Fasilitasi hubungan antar pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya Edukasi 1. Informasikan alternatif solusi secara jelas 2. Berikan informasi yang diminta pasien Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
3	<p>Gangguan rasa nyaman (D.0074) b.d gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan), kurang privasi, gangguan simulasi lingkungan, efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan. Di buktikan dengan :</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p>	<p>Status kenyamanan (L.08064)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan status kenyamanan meningkat. Kriteria hasil:</p> <p>1. Keluhan tidak nyaman menurun</p> <p>2. Gelisah menurun</p>	<p>Terapi Relaksasi:</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan</p>

<p>Merasa tidak nyaman</p> <p>Objektif :</p> <p>Gelisah</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menegeluk sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Menegeluk kedinginan/kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh Lelah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah 5. Iritabilitas 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Rileks meningkat 4. Keluhan sulit tidur menurun 5. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat 	<p>darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur tehnik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat dan jenis relaksasi (mis. music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif, relaksasi benson) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman
--	--	---

			<p>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih tehnik yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih tehnik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing, relaksasi benson)</p>
4	<p>Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p> <p>Di buktikan dengan :</p> <p>Subjektif:</p> <p>Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif:</p>	<p>Tingkat nyeri menurun (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun</p> <p>2. Meringis menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Tekanan darah meningkat 7. Pola napas berubah 8. Nafsu makan berubah 9. Proses berpikir terganggu 10. Menarik diri 11. Berfokus pada diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, relaksasi benson, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur
---	---	---

			<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Terapi Relaksasi:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala
--	--	--	---

			<p>lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i></p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur tehnik relaksasi</p> <p>3. Gunakan pakaian longgar Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan tujuan, manfaat dan jenis relaksasi (mis. music, meditasi, napas</p>
--	--	--	--

			<p>dalam, relaksasi otot progresif</p> <p>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p>
5	<p>Gangguan pola tidur (D.0055) b.d kurang kontrol tidur, kurang privasi, restrain fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur, dan dibuktikan dengan :</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup 6. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objektif :</p> <p>(Tidak tersedia)</p>	<p>Pola tidur membaik (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan Pola Tidur Membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Dukungan Tidur (L.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan,

			<p>kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk 6. meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 7. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
--	--	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> 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 non farmakologi lainnya
6	<p>Intoleransi Aktifitas (D.0056) b.d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, Kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton</p> <p>Di buktikan dengan :</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Dispnea saat/setelah aktivitas 3. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 	<p>Toleransi aktivitas meningkat (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat. Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur

	<p>4. Merasa lemah</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat 2. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 3. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 4. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 5. Sianosis 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan
--	---	--	--

			<p>gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
7	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111) Keterbatasan kognitif, Gangguan fungsi kognitif, Kekeliruan mengikuti anjuran, Kurang terpapar informasi, Kurang minat dalam belajar, Kurang mampu mengingat, Ketidaktahuan menemukan sumber informasi</p> <p>Di buktikan dengan :</p> <p>Subjektif</p> <p>Menanyakan masalah yang dihadapi</p> <p>Objektif</p> <p>1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</p>	<p>Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu tertentu diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</p> <p>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</p>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 3. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 4. Menunjukkan perilaku berlebihan 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
--	---	---	---

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ada tiga prinsip pedoman implementasi diantaranya :

- a. Mempertahankan keamanan pasien merupakan focus utama dalam melakukan tindakan. Oleh karena itu, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika standar keperawatan profesional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut.
- b. Memberikan asuhan efektif dengan memberikan asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan apa yang harus dilakukan semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan
- c. Memberikan asuhan seefisien mungkin dengan memberikan asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin hingga dapat menyelesaikan masalah pasien

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2017) adalah proses sistematis untuk menilai pencapaian tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya, dengan menggunakan kriteria hasil yang terukur dalam SLKI. Evaluasi ini bertujuan untuk menentukan keberhasilan intervensi keperawatan dan mengidentifikasi area yang memerlukan penyesuaian atau tindakan lanjutan. Terdapat dua macam evaluasi yaitu evaluasi formatif yaitu evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat dan

setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi pada saat itu. Kemudian, evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat kemampuan pasien mencapai tujuan yang diinginkan dengan kriteria hasil pada perencanaan. Format yang dipakai untuk evaluasi dalam penelitian ini adalah format evaluasi SOAP.

BAB III

METODE KARYA ILMIAH

A. Jenis dan Rancangan Karya Ilmiah

Jenis karya ilmiah ini menggunakan jenis deskriptif dengan pendekatan studi kasus dan studi literatur dengan melakukan kajian terhadap penelitian dahulu menggunakan beberapa literatur yang relevan dan tereputasi nasional.

B. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus

Pengambilan kasus ini dilakukan di ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pindad Bandung dilakukan pada tanggal 11 samapi dengan 14 November 2024, sebelum pengambilan kasus dilakukan, penulis terlebih dahulu melakukan studi pendahuluan dengan mengkaji pasien sesuai dengan kriteria kasus untuk dipilih sebagai pasien kelolaan asuhan keperawatan.

C. Cara Pengambilan Kasus

Kasus ini dianalisa langsung dari pasien dan keluarganya yang berada di lokasi dengan menggunakan metode pengkajian keperawatan bedah medis. Data yang diperoleh dari pengkajian ini kemudian dianalisis berdasarkan masalah keperawatan yang teridentifikasi, untuk menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi pelayanan keperawatan, dan mendokumentasikan pelayanan yang telah dilakukan dalam buku catatan perawat.

D. Analisis Kasus

Analisis kasus dilaksanakan dalam tiga tahap, yaitu editing, yang merupakan proses pengeditan data. Data hasil pengkajian yang ada dikumpulkan dan diperiksa kembali untuk memastikan semua format pengkajian terisi dengan lengkap, serta mengedit artikel untuk memastikan kebenarannya dan sebagai dasar dalam menentukan data.

Organizing adalah tahap di mana semua data dikumpulkan, lalu memisahkan data subjektif dan objektif, kemudian merumuskannya menjadi beberapa diagnosis keperawatan guna merencanakan intervensi dan menetapkan implementasinya. Setelah semua tindakan keperawatan dilaksanakan, peneliti melakukan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan, kemudian menganalisis hasilnya, serta menggunakan data tersebut untuk memastikan keakuratan penulisan dan menambah temuan dalam laporan. Hasil dari studi kasus ini menunjukkan bahwa implementasi telah menyebabkan penurunan dalam skala nyeri untuk pasien hipertensi.

Temuan merupakan tindakan yang dilakukan setelah semua intervensi keperawatan dilaksanakan, selanjutnya peneliti mengevaluasi pelayanan yang diberikan dan membandingkannya dengan kajian di artikel penelitian. Hasil tersebut dianalisis dan digunakan sebagai data untuk membenarkan penulisan serta memperkaya temuan dalam laporan. Penulis menilai dari rencana sampai evaluasi keperawatan yang dilakukan dan membandingkannya dengan jurnal dari studi lainnya. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa penerapan teknik relaksasi Benson berhasil menurunkan skala nyeri pada pasien dengan hipertensi

BAB IV

ANALISA KASUS

Asuhan keperawatan ini diberikan kepada pasien dengan Hipertensi di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari pengkajian awal sampai dengan evaluasi yang bertujuan agar dapat menjaga kesehatan pasien serta penurunan skala nyeri klien..

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 November 2024. Nama Ny. E usia 57 tahun dengan nomor rekam medis 0577xx Tanggal lahir 6 Juni 1968 dengan jenis kelamin perempuan lama dirawat sudah 2 hari di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung dengan keadaan umum masih lemah, klien menderita penyakit hipertensi sudah 5 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Klien mengatakan bahwa adanya rasa nyeri dan berat pada daerah kepala dan tengkuk sejak 2 hari yang lalu, susah tidur dan badan terasa lelah saat melakukan aktivitas yang tidak terlalu berat.

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan bahwa ada rasa nyeri dan rasa berat pada daerah kepala dan tengkuk disertai badan yang sering terasa lelah. Rasa nyeri kepala dan tengkuk terasa seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat dengan skala nyeri 4 yang sering muncul di pagi dan malam hari.

Selain itu, klien juga mengatakan bahwa rasa nyeri makin terasa disaat beraktivitas yang berat dan terasa berkurang disaat dibawa istirahat.

Klien juga mengatakan bahwa tidak ada tidur siang, dan susah tidur malam dan sering terbangun saat tidur sebab rasa nyeri kepala dan tengkuk, tidur malam hanya 3-4 jam, adanya perasaan tidak bugar setelah tidur. Pengukuran tanda-tanda vital klien tekanan darah 160/100 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 23x/menit, dan suhu 36,8° C.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan bahwa sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, tetapi jarang mengkonsumsi obat hipertensi dari pusat layanan kesehatan, klien hanya sering mengkonsumsi obat warung untuk meredakan gejala yang dirasakan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa tidak ada keluarga yang menderita hipertensi sebelumnya, dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit kronis apapun.

e. Riwayat Psikososial

Status mental pasien saat ini dalam kondisi baik, dapat berorientasi dengan baik, status sosial pasien dengan anggota keluarga baik, tinggal serumah dengan anaknya, pasien beribadah sesuai keyakinannya yaitu beragama islam dan mengerjakan ibadah sholat 5 waktu.

3. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Makan dan Nutrisi

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan tidak ada pantangan

untuk makan dan minum, pola makan klien sebelum sakit teratur dan terjaga semenjak sakit diet klien diberikan oleh rumah sakit dengan diet rendah garam.

b. Eliminasi BAK/BAB

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan eliminasi BAK teratur dan urine berwarna kuning serta mandiri ke toilet. Eliminasi BAB tidak ada keluhan feses berwarna coklat konsistensi lunak tidak disertai darah. Saat dirumah sakit kebutuhan eliminasi BAK/BAB dibantu keluarga untuk ke toiletnya. Untuk BAK urine berwarna kuning jumlah $\pm 500\text{cc/hari}$ eliminasi BAB 2 hari sekali dengan warna feses coklat, tidak ada darah.

c. Aktivitas /Istirahat tidur

Sebelum masuk rumah sakit untuk aktivitas dan istirahat tidur tidak ada keluhan klien biasa tidur malam selama 5 jam tetapi semenjak klien dirawat klien mengatakan tidak bisa tidur atau susah di siang dan malam hari, sering terbangun sebab nyeri kepala yang dirasakan dan badan terasa tidak segar.

4. Pemeriksaan Fisik

Nyeri kepala dan tengkuk terasa seperti ditusuk-tusuk dan tertimpa beban berat dengan skala nyeri 4 yang sering muncul di pagi dan malam hari mmHg, skala nyeri 4. TB 168 cm, BB 78 kg. Area kepala tidak ada luka atau kotor, rambut dengan warna hitam dan putih. Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, lubang telinga bersih, tidak terdapat serumen, Area keadaan mata lengkap antara kanan dan kiri, tampak kering, simetris, kornea mata keruh kanan kiri, konjungtiva an-anemis, sclera an-ikterik, pupil isokor, tidak terdapat kotoran. Keadaan area mulut mukosa bibir kering, bibir simetris, adanya karies gigi dan karang gigi ada pada gigi

graham, tidak terdapat kotoran dan luka, tidak ada peradangan tonsil dan faring tidak ada kesulitan menelan.

Pemeriksaan leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat luka, tidak terdapat pembengkakan. Pemeriksaan dada area simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat luka dan keadaan kulit bersih. Pemeriksaan thoraks jantung pada pemeriksaan inspeksi CRT <3 detik tidak ada sianosis, bunyi jantung saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular tidak terdapat bunyi tambahan, tidak ada kelainan dan tidak ada edema. Pada dada bentuk normal pergerakan dinding dada saat bernapas tampak simetris tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu napas, pola napas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung pada saat perkusi bunyi sonor, pada saat auskultasi suara napas vesikuler irama napas reguler tidak ada batuk dan sputum.

Pemeriksaan abdomen, bentuk abdomen bulat dan tampak simetris, tidak terdapat benjolan, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada luka operasi, tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan integumen warna kulit putih bersih, terdengar suara bising usus dengan frekuensi 9 x/menit, tidak teraba masa pada abdomen, hepar dan lien tidak teraba, tidak ada nyeri tekan dan bunyi timpani.

Pada pemeriksaan genitalia tidak ada massa ataupun lesi, dan produksi urine sekitar 500 ml/hari. Pada pemeriksaan anus dan rektum, tidak ada gangguan fungsi, tidak ada massa ataupun lesi. Pada pemeriksaan integumen, Inspeksi: warna kulit normal, tidak pucat, kebersihan kulit baik, tidak tampak adanya lesi atau peradangan pada kulit. Palpasi: turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas maupun bawah, akral teraba hangat. Pada pemeriksaan ekstremitas, Inspeksi: klien tampak lemah, bentuk tubuh simetris, bagian ekstremitas atas dan bawah simetris, tidak ada luka ataupun kecacatan pada ekstremitas dan jari. Ekstremitas atas dan bawah mampu bergerak terbatas. terpasang IV line

pada tangan kanan. Palpasi: tidak terdapat bengkak pada ekstremitas atas maupun bawah. Skala otot skor 5/5/5/5.

a. Data penunjang

1) Hasil laboratorium pada tanggal 9/11/2024 Darah lengkap Hemoglobin 13.3g/dL (11.7 – 15.5), Leukosit 7.500/uL (3.600 – 11.00), Hematokrit 39% (34 - 48), Trombosit 267.000/uL (150 - 440). Ureum 23.5 mg/dl (< 50), creatinin 1.16 (<1.40), Natrium 134.20 mmol/L (135-145), Kalium 3.15 mmol/L (3.5-5.50), GDS 100 mg/dl (80-150)

2) Bacaan hasil rontgen thorax tanggal 9/11/2024 Kardiomegali tanpa bendungan paru, pulmo saat ini masih terlihat dalam batas normal

b. Penatalaksanaan medis

Terapi yang sudah diberikan antara lain infus RL + KCL 25mcq habis dalam 5 jam untuk mengoreksi hasil Natrium dan Kalium yang kurang dari normal pada saat pengkajian klien terpasang infus RL 1500cc/24 jam, Sucralfat peroral diberikan 3x10 ml untuk melindungi lapisan lambung dan memberikan rasa nyaman, omeprazole injeksi 2x1/iv untuk mengurangi produksi dari asam lambung, Paracetamol 3x1 diberikan peroral untuk mengurangi nyeri.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang dilakukan, ditemukan sejumlah masalah keperawatan yang muncul pada klien. Berdasarkan prioritas masalah yang terjadi dapat diangkat diagnosa keperawatan diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) D . 0077

Masalah nyeri akut timbul dibuktikan dengan data subjektif klien mengeluh nyeri pada bagian kepala dan tengkuk dengan kriteria P: Nyeri timbul ketika banyak bergerak dan berkurang saat istirahat, Q: Seperti ditusuk-tusuk dan terasa seperti tertimpa beban berat, R: kepala dan tengkuk S: Skala nyeri 4 (sedang), T: Nyeri terasa pada pagi dan malam hari, Sedangkan data objektif yang muncul diantaranya. Klien tampak meringis saat nyeri muncul, klien tampak tampak lemas dan lelah tekanan darah 160/100mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 23 x/menit, Suhu 36,8°C

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Masalah gangguan pola tidur dibuktikan dengan data subjektif klien mengatakan bahwa susah tidur klien mengatakan tidak bisa tidur siang, Klien mengatakan sering terbangun saat tidur malam akibat nyeri kepala dan tengkuk, klien mengtaakan bahwa merasa tidak segar setelah bangun tidur, klien mengatakan bahwa tidur malam hanya 3-4 jam akibat rasa nyeri dikepala dan tengkuk. Sedangkan data objektif klien terlihat lelah dan tampak lemah.

C. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (D . 0077)

Tujuan dari intervensi masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis adalah tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil antara lain keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, dan frekuensi nadi membaik.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah dengan Manajemen Nyeri (I.08238). Manajemen nyeri dimulai dengan observasi yang terdiri dari Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, dan monitor efek samping penggunaan analgetik.

Langkah selanjutnya adalah terapeutik antara lain berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi unggulan metode relaksasi Benson akan diterapkan pada tahap ini), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, dan pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Intervensi berikutnya adalah edukasi dengan cara jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesik secara tepat, dan ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri. Langkah terakhir yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)

Tujuan dari intervensi untuk masalah keperawatan terkait gangguan pola tidur yang disebabkan oleh kurangnya kendali tidur adalah perbaikan dalam pola tidur (L. 05045) dengan kriteria hasil yang mencakup peningkatan keluhan kesulitan tidur, peningkatan keluhan sering terbangun, peningkatan keluhan mengenai ketidakpuasan

terhadap tidur, peningkatan keluhan mengenai perubahan pola tidur, dan peningkatan keluhan mengenai waktu istirahat yang tidak cukup. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah dengan dukungan tidur (I.09265) dimulai dengan observasi: identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Minuman berkafein, teh, minuman beralkohol, konsumsi makanann mendekatii waktu tiduran, hidrasi yang cukup sebelum tidur). Langkah selanjutnya adalah terapeutik antara lain modifikasii lingkungann(mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur), Tetapkanjadwalltidur rutin kebisingan), edukasii: Ajarkan relaksasi otot progresif atau nonfarmakologi pada tindakan ini dengan relaksasi Benson.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan untuk masalah nyeri akut menggunakan intervensi manajemen nyeri yaitu memberikan terapi non farmakologi dengan penerapan relaksasi Benson ini dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari dari tanggal 11-14 November 2024.

Pelaksanaan keperawatan hari pertama pada masalah nyeri akut dilakukan pada tanggal 12 November 2024, Intervensi awal dalam manajemen nyeri dimulai jam 10.00 WIB dengan melakukan pengamatan untuk menentukan lokasi, sifat, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas rasa sakit, serta mengidentifikasi skala nyeri, respons nyeri non-verbal, dan faktor-faktor yang dapat memperburuk atau mengurangi rasa sakit. Hasilnya menunjukkan bahwa klien mengalami nyeri pada bagian kepala dan leher, yang semakin terasa saat melakukan aktivitas berat tetapi mereda ketika beristirahat. Rasa nyeri yang dialami menyerupai ditusuk-tusuk dan terasa seperti ada beban berat di atasnya, dengan tingkat nyeri 4 (sedang) dan nyeri tersebut muncul di pagi dan malam hari. Langkah intervensi berikutnya adalah memberikan

terapi dengan metode non-farmakologis untuk membantu meredakan nyeri (relaksasi Benson), mengatur lingkungan yang dapat meningkatkan rasa sakit (seperti kebisingan), serta memfasilitasi waktu istirahat dan tidur. Hasilnya klien diberikan metode nonfarmakologis ketika nyeri muncul dengan menerapkan tehnik relaksasi benson membantu agar klien bisa istirahat dan tidur. Terakhir dilakukan edukasi menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan menjelaskan strategi meredakan nyeri. Hasilnya klien mengerti tentang penyebab nyeri yang dirasakannya, klien mampu melakukan metode nonfarmakologis untuk meredakan nyeri. Adapun terapi farmakologinya berkolaborasi dengan dokter dapat terapi paracetamol 3x500mg untuk pemberian obatnya diberikan sekitar 2 jam sebelum dilakukan tehnik penerapan relaksasi Benson.

Pelaksanaan keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 13 November 2024 dimulai jam 10.00 WIB. Pada tahap awal dilakukan observasi dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan mengidentifikasi skala nyeri. Hasilnya Klien mengeluh nyeri kepala dan tengkuk masih terasa. Nyeri timbul ketika ketika beraktivitas rasanya seperti ditusuk, terjadi dibagian dada kiri yang terasa tembus hingga ke punggung, skala nyeri 4 (sedang), nyeri hilang timbul 1-5 menit, berkurang saat menemukan posisi yang nyaman ketika istirahat. Dilanjutkan dengan terapeutik memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (penerapan tehnik relaksasi Benson), dan memfasilitasi istirahat dan tidur. Hasilnya klien diberikan metode nonfarmakologis ketika nyeri muncul dengan tehnik relaksasi Benson agar klien bisa istirahat dan tidur.

Pelaksanaan perawatan pada hari ketiga dilaksanakan pada 14 November 2024 WIB. Dilakukan pengamatan dengan mengevaluasi tempat, sifat-sifat, waktu, frekuensi, kualitas, dan tingkat keparahan nyeri, juga menentukan skala nyeri. Klien menyatakan mengalami sakit kepala dan leher, tetapi sudah jauh lebih baik. Nyeri kadang muncul secara tiba-tiba, terasa seperti ditusuk

dan seolah tertimpa beban berat, terjadi di area kepala dan leher, dengan tingkat nyeri 3 (ringan), terasa pada pagi dan malam hari. Selanjutnya, terapi dilanjutkan dengan penerapan teknik non-obat untuk mengurangi rasa sakit (penerapan teknik relaksasi Benson), serta membantu klien untuk beristirahat dan tidur. Hasilnya klien diberikan metode nonfarmakologis ketika nyeri muncul dengan penerapan tehnik relaksasi Benson membantu untuk menciptakan suasana yang tenang bagi klien agar klien bisa istirahat dan tidur dan didapatkan penurunan hasil skala nyeri klien menjadi 2 (ringan).

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.1 Penurunan Skala Nyeri

Latihan Hari ke-	Waktu	Skala Nyeri	
		Sebelum Latihan	Sesudah Latihan
1	Selasa, 12 November 2024	4	4
2	Rabu, 13 November 2024	4	3
3	Kamis, 14 November 2024	3	2

Evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan memberikan asuhan keperawatan manajemen nyeri terapi non farmakologi dengan penerapan relaksasi Benson. Pada hari Selasa, 12 November 2024, data subjektif menunjukkan bahwa klien mengungkapkan nyeri masih dirasakan, namun telah sedikit berkurang dengan kriteria P: Nyeri muncul secara tiba-tiba atau saat melakukan banyak aktivitas, Q: Rasanya seperti ditusuk dan seolah-olah diberi beban berat, R: Terletak di kepala dan leher, S: Skala nyeri 4 (sedang), T: Nyeri dirasakan di pagi dan malam hari. Sementara itu, dari data objektif, klien terlihat meringis ketika nyeri kepala menyerang, tampak lelah dan lemas. Tanda vital menunjukkan TD: 160/100 mmHg, Nadi: 86 x/mnt, RR: 23 x/mnt, Suhu: 36,8 °C. Dari data ini, dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut belum teratasi. Rencana tindak lanjut mencakup observasi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, dan intensitas nyeri, serta mengidentifikasi skala nyeri. Untuk terapi, diberikan teknik non-obat untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi dan distraksi), serta mendukung istirahat dan tidur.

Evaluasi keperawatan mengenai masalah nyeri akut pada hari kedua, 13 November 2024, dilaksanakan pada pukul 14. 00 WIB. Data subjektif menunjukkan klien menyatakan bahwa nyeri telah sedikit berkurang dengan kriteria P: Nyeri muncul saat melakukan aktivitas berlebihan, Q: Terasa seperti ditusuk dan tertimpa beban berat, R: Pada kepala dan leher, S: Skala nyeri 3 (ringan), T: Nyeri menghilang saat beristirahat. Data objektif menunjukkan bahwa klien terlihat lebih santai, meskipun terkadang masih meringis saat nyeri dada muncul, klien tidak lagi terlihat gelisah, dan tidak ditemukan nyeri tekan di area jantung. Tanda vital mencatat TD: 140/80 mmHg, Nadi: 82 x/mnt, RR: 22 x/mnt, Suhu: 36,1 °C, dan SPO2: 99%. Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian. Rencana tindak lanjut mencakup observasi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, serta mengidentifikasi skala nyeri. Untuk terapi, diberikan teknik non-obat untuk meredakan nyeri (teknik relaksasi dan distraksi), serta membantu istirahat dan tidur.

Evaluasi keperawatan terkait masalah nyeri akut pada hari ketiga, yaitu 14 November 2024, dilakukan pada pukul 14. 00 WIB. Dalam data subjektif, klien menyatakan bahwa nyeri kepala dan lehernya sudah berkurang. Sementara itu, dari data objektif, klien tampak santai dan tidak terlihat gelisah. Tanda vital menunjukkan TD: 120/65 mmHg, Nadi: 78x/mnt, RR: 22 x/mnt, Suhu: 36,2 °C, dan SPO2: 99% skala nyeri 2. Dari situasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian, sehingga intervensi dapat dilanjutkan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Kesenjangan Antara Asuhan Keperawatan Secara Teori dengan Kasus

Berdasarkan analisis kasus, penulis akan membahas adanya perbedaan antara teori dan hasil dari perawatan keperawatan yang dilakukan pada Ny. E (57 tahun) yang mengalami masalah nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung dari tanggal 11 hingga 14 November 2024. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan atau intervensi keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, serta analisis tentang implementasi yang unggul.

1. Pengkajian

Proses pengkajian keperawatan dilakukan terhadap pasien pada tanggal 11 November 2024 dengan metode wawancara dan observasi. Masalah kesehatan yang diangkat dalam karya ilmiah ini adalah pasien yang mengalami hipertensi yang disertai nyeri akut serta gangguan tidur. Hipertensi adalah kondisi di mana tekanan darah melebihi batas normal, dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg saat pemeriksaan berulang. Hipertensi, yang biasa dikenal sebagai tekanan darah tinggi, terjadi akibat adanya masalah pada pembuluh darah yang menghambat aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh (Hastuti, 2020).

Beberapa gejala yang sering dikeluhkan oleh penderita hipertensi pada umumnya diantaranya seperti adanya pusing, jantung berdebar, sakit kepala, perasaan gelisah dan mudah lelah (Kemenkes RI, 2018), mengenai pandangan yang tidak jelas disebabkan oleh kerusakan pada retina, rasa pusing, getaran, mual serta muntah, kesulitan bernapas, kecemasan, kaku pada leher, dan penurunan tingkat kesadaran (Nugraheni, 2016).

Hal ini sesuai dengan gejala yang dikeluhkan oleh klien bahwa adanya rasa nyeri dan berat pada daerah kepala dan tengkuk dengan skala nyeri 4 yang terasa berat dan ditusuk-tusuk serta adanya kesulitan tidur dan perasaan mudah lelah saat beraktivitas.

Berdasarkan teori menurut (Novieastari et al., 2019) Faktor yang mempengaruhi nyeri meliputi fisiologis (usia, kelelahan, gen, fungsi neurologis), sosial (perhatian, pengalaman masa lalu, dukungan keluarga dan masyarakat), dan faktor spiritual. Tingkat fokus seseorang terhadap rasa sakit, yang bisa memengaruhi cara mereka memandang rasa sakit, perhatian dapat berkontribusi pada intensifikasi rasa sakit yang dirasakan oleh pasien. Rasa sakit muncul sebagai sebuah sistem pertahanan bagi tubuh yang muncul ketika jaringan sedang mengalami kerusakan, sehingga membuat individu tersebut bereaksi dengan memindahkan sumber rasa sakit (Nurman, 2017). Selain itu, gejala lain yang dikeluhkan oleh klien adalah susah tidur dan kurangnya jam tidur hanya 3-4 jam disertai sering terbangun dari tidur. Menurut analisa mahasiswa, gejala terkait masalah tidur pada klien ini terjadi akibat dari nyeri kepala yang sering dirasakan terutama pada malam hari.

Asumsi ini diperkuat oleh teori yang menjelaskan bahwa gangguan pola tidur disebabkan oleh nyeri kepala yang tidak tertangani, yang berujung pada penurunan kualitas tidur atau insomnia, sehingga berdampak juga pada menurunnya daya konsentrasi dan kemampuan untuk memenuhi aktivitas sehari-hari.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada penderita hipertensi, sesuai dengan SDKI (2017) bahwa beberapa masalah kesehatan yang mungkin muncul diantaranya adalah resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload,

perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan berbagai masalah diatas, terdapat dua masalah keperawatan yang muncul pada klien sesuai dengan tanda dan gejala yang dikeluhkan yaitu nyeri akut dan gangguan pola tidur.

a. Nyeri akut

Rasa sakit akut merupakan pengalaman yang bersifat indra atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional. Hal ini dapat muncul dengan cepat atau secara perlahan dan dapat bervariasi dari tingkat ringan hingga sangat parah, biasanya berlangsung tidak lebih dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI, 2017).

Isu keperawatan terkait dengan rasa sakit akut yang dialami oleh pasien disebabkan oleh faktor fisiologis, yang merupakan salah satu gejala pada orang dengan hipertensi. Pasien menyatakan bahwa ia merasakan nyeri di area kepala dan leher dengan tingkat intensitas 4, nyeri tersebut terasa seperti ditusuk dan tertekan oleh sesuatu yang berat, sering terjadi di pagi dan malam hari, serta mengganggu tidurnya. Dari pengamatan, tekanan darah pasien tercatat 160/100 mmHg, dengan detak nadi 86 kali per menit, dan pasien tampak meringis.

Berdasarkan teori menurut (Novieastari et al., 2019) Faktor yang mempengaruhi nyeri meliputi fisiologis (usia, kelelahan, gen, fungsi neurologis), sosial (perhatian, pengalaman masa lalu, dukungan

keluarga dan masyarakat), dan faktor spiritual. Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri, yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian dapat mempengaruhi peningkatan nyeri yang dialami pasien.

Proses fisiologis rasa sakit dimulai dengan transduksi, yakni ketika rangsangan dari zat P (prostaglandin) pada sel yang mengalami kerusakan berinteraksi dengan reseptor nyeri (nosiseptor). Tahap berikutnya adalah transmisi yang dilakukan oleh saraf nosiseptik menuju sumsum tulang belakang. Perjalanan rasa sakit diteruskan oleh saraf yang bergerak ke atas menuju talamus dan pusat rasa sakit di korteks otak. Persepsi rasa sakit pada individu dapat dipengaruhi secara internal melalui stimulasi opiat alami seperti beta-endorfin. Proses modifikasi terhadap stimulus ini mampu mengurangi persepsi rasa sakit, sehingga pengalaman nyeri yang dialami bisa berkurang.

b. Gangguan pola tidur

Gangguan tidur adalah masalah yang berpengaruh pada kualitas dan jumlah waktu tidur seseorang yang disebabkan oleh faktor eksternal (Tim Pokja SDKI, 2017). Gangguan pada pola tidur seringkali muncul pada pasien yang menderita hipertensi. Masalah tidur ini biasanya disebabkan oleh sakit kepala yang tidak ditangani, yang dapat mengurangi kualitas tidur atau menyebabkan insomnia, yang pada gilirannya juga memengaruhi konsentrasi dan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari.

Masalah gangguan pola tidur pada klien mahasiswa angkat berdasarkan tanda gejala bahwa klien mengatakan kurang tidur, tidur malam hanya 3-4 jam, klien merasa tidak segar setelah tidur dan sering terbangun saat tidur akibat rasa nyeri kepala yang dirasakan, serta klien terlihat kelelahan

3. Intervensi

Berdasarkan analisa data dan diagnosis keperawatan yang telah peneliti tegakkan diatas, maka intervensi yang lakukan terhadap dua diagnosis keperawatan tersebut diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berkaitan dengan faktor penyebab fisiologis. Pada kasus keperawatan yang melibatkan nyeri akut pada pasien, tindakan yang diambil adalah manajemen nyeri dengan kegiatan berikut: Menentukan PQRST nyeri, mengenali respons nonverbal terhadap nyeri, serta mengidentifikasi faktor yang memperburuk dan yang meringankan rasa sakit tersebut. Ajarkan dan berikan kepada pasien teknik relaksasi nonfarmakologis Benson untuk mengurangi rasa nyeri selama 15 menit.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, intervensi yang dilakukan : Dukungan pola tidur dengan melakukan Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur, Jelaskan pentingnya tidur cukup, Anjurkan menghindari makanan / minuman yang dapat mengganggu tidur, Ajarkan teknik relaksasi Benson untuk membantu klien tidur selama 15 menit.

Intervensi keperawatan untuk mengurangi risiko tersebut adalah dengan memberikan teknik nonfarmakologis salah satunya adalah relaksasi Benson. Manfaat Relaksasi Benson yang digunakan untuk menurunkan nyeri yaitu memberikan teknik non farmakologi salah satunya relaksasi Benson menurut (Cahyati et al., 2021) diantara lain: menurunkan tekanan darah, tubuh akan menjadi rileks, berkurangnya rasa cemas, rasa khawatir, rasa gelisah, berkurangnya nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Sejalan dengan penelitian menurut (Wainsani & Khoiriyah, 2020). Penelitian dilakukan di RSUP.

Profesor DR RD Kandou Manado menemukan bahwa teknik relaksasi Benson berpengaruh signifikan terhadap penurunan skala nyeri, dengan hasil menunjukkan penurunan skala nyeri, ditegaskan dengan nilai median sebelumnya dilakukanya 6,50 turun menjadi 3,00, dan interpretasi berubah dari yang awalnya sedang menjadi ringan.

Tingkat keberhasilan dari intervensi teknik relaksasi Benson sangat berhasil dalam mengurangi tingkat rasa sakit melalui pengelolaan keyakinan diri individu. Berdasarkan pandangan Benson dan Proctor, teknik relaksasi menggunakan pernapasan yang melibatkan keyakinan pasien dapat membangun lingkungan internal yang membantu pasien dalam meraih kondisi kesehatan yang lebih baik dan kesejahteraan yang lebih nyaman. (Pratiwi et al. , 2016).

4. Implementasi

Setelah menyusun rencana atau intervensi keperawatan, mahasiswa melaksanakan dan menerapkan teknik relaksasi Benson kepada klien selama tiga hari berturut-turut, dengan frekuensi dua kali sehari pada pagi dan malam, sesuai dengan keluhan nyeri kepala dan tengkuk yang dialami klien selama 15 menit.

Pertama, klien dilatih dan diperlihatkan cara melakukan teknik relaksasi Benson. Setelah itu, klien dibimbing untuk melakukan teknik relaksasi Benson secara bersamaan. Kemudian, klien diminta untuk melaksanakan teknik relaksasi Benson tersebut secara mandiri.

5. Evaluasi

Tahap akhir melibatkan evaluasi, di mana dilakukan perawatan keperawatan dengan memprioritaskan masalah nyeri akut dan masalah keperawatan dapat ditangani dengan baik. Pada fase ini, semua proses berlangsung

dengan baik karena pengelolaan nyeri melalui penerapan relaksasi Benson dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada.

B. Analisis Implementasi Unggulan

1. Kesimpulan Hasil Studi

Hasil dari penerapan yang diberikan kepada klien adalah terapi non-farmakologis dengan teknik relaksasi Benson yang dilakukan dua kali sehari selama tiga hari, pada pagi dan malam hari. Hal ini menunjukkan bahwa ada penurunan rasa nyeri yang terlihat dari menurunnya skala nyeri pada klien. Penerapan teknik relaksasi Benson dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang berlaku.

2. Membandingkan Dengan Hasil Studi Lain

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kuswanto et al (2022) berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Lansia Hipertensi dengan Masalah Nyeri Kepala Melalui Terapi Inovasi Relaksasi Benson” menunjukkan bahwa terdapat penurunan dalam skala intensitas nyeri kepala pada pasien dengan hipertensi. Penelitian lain oleh Atmojo et al (2019) yang berjudul “Efektivitas Terapi Relaksasi Benson terhadap Intensitas Skala Nyeri Kepala pada Penderita Hipertensi” juga mengungkapkan bahwa ada dampak dari relaksasi Benson terhadap intensitas nyeri pada penderita hipertensi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Harris (2018) terhadap 30 pasien menunjukkan perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah penerapan teknik relaksasi Benson. Penelitian yang dilakukan oleh Afiffa dan Septiawan (2022) tehnik relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengatasi nyeri kepala pada subjek hipertensi.. Penelitian yang lain juga dilakukan oleh Reni (2021) pada penderita hipertensi dengan keluhan nyeri kepala dan skala nyeri 4-6, setelah diberikan pemberian relaksasi Benson terdapat penurunan skala nyeri menjadi 1-2, oleh karena itu pemberian relaksasi Benson efektif menurunkan nyeri pada pasien hipertensi. Penelitian juga

dilakukan (laily, 2022) di dapatkan hasil pasien I dan pasien II yang telah dilakukan relaksasi Benson selama tiga hari mengalami penurunan nyeri pada penderita hipertensi. Penelitian yang dilakukan (Saputra et al., 2022) menyimpulkan bahwa terapi relaksasi Benson dapat membantu menurunkan skala nyeri dan mengurangi sindroma nyeri pada pasien hipertensi.

3. Mekanisme atau Proses Terjadinya Perubahan Variabel dalam Studi yang Dilakukan

Penelitian mengenai penggunaan teknik relaksasi Benson yang dilakukan pada klien selama tiga hari didukung oleh partisipasi aktif klien dan keluarga yang mengikuti instruksi dari perawat. Selain itu, lingkungan yang tenang juga membantu klien untuk melakukan demonstrasi teknik relaksasi Benson. Teknik ini menjadi pilihan utama dalam upaya mengatasi masalah nyeri akut, berdasarkan studi yang dilakukan oleh Reni Indriaswari (2021). Penerapan teknik relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengurangi rasa sakit pada orang yang menderita hipertensi. Penelitian lainnya oleh Laily (2022) juga menunjukkan hasil positif dari penerapan teknik relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri akut pada pasien hipertensi, di mana pasien I dan II yang melakukan relaksasi Benson selama tiga hari mengalami pengurangan rasa sakit. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi Benson mampu meredakan nyeri pada penderita hipertensi. Faktor pendukung disertai dengan faktor penghambat. Pada penelitian ini faktor yang menghambat menurunkan nyeri yaitu kurangnya pemahaman tentang relaksasi dan tingkat keparahan nyeri yang dialami oleh klien.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan perawatan keperawatan pada Ny. E yang mengalami rasa sakit akibat Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Pindad Bandung dari tanggal 11 hingga 14 November 2024, penulis pada tahap awal melakukan pengumpulan data melalui pengamatan fisik dan wawancara dengan perawat serta keluarga pasien. Terdapat dua diagnosa yang diidentifikasi, yaitu nyeri akut dan gangguan tidur.

Pada tahap intervensi, tindakan yang diterapkan pada pasien disesuaikan dengan kebutuhan individu dan sejalan dengan teorii SIKII 2017. Dalam tahap implementasi, fokus utama perawatan adalah pada nyeri akut melalui teknik relaksasi Benson yang dilakukan selama tiga hari, yang menunjukkan hasil penurunan tingkat nyeri pasien dengan kriteria seperti keluhan nyeri yang berkurang, meringis yang menurun, ketidaknyamanan yang berkurang, serta kesulitan tidur yang berkurang.

Tahap evaluasi perawatan dilakukan setelah perawatan diterapkan, dan penggunaan teknik relaksasi Benson terbukti efektif dalam mengurangi rasa sakit pada pasien dengan hipertensi. Beberapa faktor pendukung termasuk manfaatnya dalam mengurangi kecemasan, stres, dan nyeri, serta kemudahan dalam mempelajari dan menerapkannya. Sedangkan faktor penghambat meliputi pemahaman yang kurang tentang teknik ini, lingkungan yang tidak mendukung seperti kebisingan, pencahayaan yang terlalu terang atau kurang nyaman, gangguan fisik dan mental yang menghalangi relaksasi, serta kurangnya motivasi dan niat untuk mencoba teknik relaksasi Benson juga bisa menjadi penghalang.

B. Saran

Setelah mendapat gambaran mengenai hasil perawatan keperawatan pada pasien penyakit hipertensi dengan tingkat nyeri sedang melalui penerapan metode relaksasi Benson di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung, penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan terkait perawatan keperawatan pada pasien hipertensi yang mengalami masalah nyeri menggunakan metode relaksasi Benson. Penelitian ini bisa menjadi dasar ilmu bagi peneliti berikutnya untuk mengembangkan studi keperawatan yang lebih luas dan bervariasi, termasuk pemberian teknik relaksasi Benson pada diagnosis lain selain hipertensi.
2. Rumah Sakit Umum Pindad Bandung diharapkan dapat mengedukasi dan menetapkan standar prosedur operasional mengenai penggunaan metode relaksasi Benson sebagai terapi nonfarmakologis yang telah terbukti efektif dalam mengurangi keluhan nyeri, khususnya bagi pasien hipertensi.
3. Institusi pendidikan keperawatan diharapkan bisa menjadikan penelitian ini sebagai salah satu referensi, serta sumber informasi yang bermanfaat dalam menangani permasalahan keperawatan pada pasien hipertensi yang mengalami nyeri sedang dengan metode relaksasi Benson.
4. Profesi keperawatan diharapkan dapat memperluas pengetahuan dan keahlian terkait perawatan pasien dengan penyakit hipertensi yang menghadapi nyeri sedang, salah satunya melalui penerapan metode relaksasi Benson sebagai terapi nonfarmakologis yang mudah dilaksanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidah, Khuzaimatul., Triwibowo, H., & Azizah KN, U. (2022). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Lansia dengan Hipertensi di Lingkungan Balongkrai Mojokerto (Doctoral dissertation, Perpustakaan Bina Sehat).
- Adam, A. G. A., Nelwan, J. E., & Wariki, W. M. (2018). Kejadian hipertensi dan riwayat keluarga menderita hipertensi di Puskesmas Paceda Kota Bitung. *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 7(5).
- Aspiani, R. yuli. (2016). Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular.
- Astutik, N. D., Haryanto, A., & Ningsih, A. D. (2024). Analisis Penerapan Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Nyeri Kepala Di Ruang Melati RSUD Bangil (Doctoral dissertation).
- Atmojo, J. T., Putra, M M., Astriani, N. M. D. Y., Dewi, P. I. S., & Bintoro, T. (2019). Efektivitas Terapi Relaksasi Benson terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 51 – 60.
- Cahyati, Y., Somantri, I., Cahyati, A, Rosdiana, I., Sugiarti, I., Imam, A T., & Puruhita, T. K. A (2021). Penatalaksanaan Terpadu Penyakit Tidak Menular. In *CV Budi Utami*.
- Chandra Wijaya (2024) Terapi Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Kepala Pada Subjek Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Profesional* Vol 5 no. 2. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta, Indonesia
- Chrishella, L. N. (2022). Penerapan Terapi Musik Instrumen Suara Alam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Di Kelurahan Purwoyoso (Doctoral dissertation, Universitas Widya Husada Semarang).
- Darah, T., Benson, R., & Benson, R. (2021). Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Kota Metro The Implementation Of Benson Relaxation On Blood Pressure Reduction In Hypertension Patient In Pendahuluan Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi medis serius yang meningkatkan risiko terjadi. *1*, 90-97.
- Ferdisa, R. J., & Ernawati, E. (2021). Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif. *Ners Muda*, 2(2), 47.
- Hariawan, H., & Tatisina, CM (2020). Pelaksanaan pemberdayaan keluarga dan senam hipertensi sebagai upaya manajemen diri penderita. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo* , 1 (2), 75-79.
- Hasnawati, S. (2021). *Hipertensi - Hasnawati S., SKM., MKes. - Google Buku*. Kbm Indonesia.

- Hastuti, AP. (2019). Hipertensi - Google Buku. *Penerbit Lakeisha*.
- Kementrian Kesehatan RI 2023. Riset Kesehatan Dasar Nasional 2023. Hipertensi. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Indriaswari, R (2021). Asuhan Keperawatan Penerapan Relaksasi Benson Pasien hipertensi Dengan Nyeri Akut Di IGD RSUD DR. Soedirman Kebumen (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Gombong).
- Laily, (2022) Penerapan Teknik Relaksasi Benson Untuk Mengatasi Nyeri Akut Pada Pasien Hipertensi *Universitas Widya Husada Semarang*
- Manuntung, A (2018). Terapi Perilaku Kognitif Pada Pasien Hipertensi - Ns. Alfeus Manuntung, S.Kep., MKep.Google Buku. Winela Media
- Mayasari, C. D. (2016). The Importance of Understanding Non-Pharmacological Pain Management for a Nurse. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35-42.
- Nerenberg, KA, Zarnke, KB, Leung, AA, Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., ... & Canada, H. (2018). Pedoman Hypertension Canada 2018 untuk diagnosis, penilaian risiko, pencegahan, dan pengobatan hipertensi pada dewasa dan anak-anak. *Canadian Journal of Cardiology* , 34 (5), 506-525.
- Ningsih, R., & Melinda, S. (2019). Identifikasi hipertensi dengan resiko kejadian stroke. *Jurnal kesehatan*, 169-171.
- Novieastari, E., Ibrahim, K., Ramdaniati, S., Deswani, & Deswani. (2019). Fundamentals of Nursing Vol 1- 9th Indonesian Edition - Google Books. *Elsevier Health Sciences*, 319.
- Purba, A, Anggorowati, A, Sujianto, U., & Muniroh, M. (2021). Penurunan Nyeri Post Sectio Caesarea Melalui Teknik Relaksasi Benson dan Natural Sounds Berbasis Audio Visual. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 425- 432.
- Olivia, S., Dewi, R. S., & Khairani, A. I. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia Dengan Pemberian Terapi Relaksasi Benson Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(9), 3730-3747.
- Saputra, F. B., Purwono, J., & Pakarti, A T. (2022). Penerapan terapi benson untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(2), 181-185.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SIKI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SLKI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

- Simamora, L., Br.Pinem, S., & Rista, H. (2021). Pembudidayaan Seledri Di Pekarangan Rumah Sebagai Alternatif Penurunan Hipertensi Pada Lansia. *STIKes Mitra Husada Medan*, 4, 411-414.
- Sukmadi, A., Alifariki, L. O., Arfini Kasman A, I. M., & Siagian, H. J. (2021). Terapi Akupresur Menurunkan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 109-114.
- Suiraoaka, I. P. (2018). Progressive muscle relaxation using video aids reduces blood pressure of hypertension patients.
- Sumartini, N. P., Zulkifli, Z., & Adhitya, M. A. P. (2019). Pengaruh senam hipertensi lansia terhadap tekanan darah lansia dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Cakranegara Kelurahan Turida tahun 2019. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(2), 47-55.
- Susetyowati, Emi, H., Istiti, K., & Farah, F. (2018). Peranan gizi dalam upaya pencegahan penyakit tidak menular.
- Umie, A. (2022). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny S Dengan Masalah Kesehatan Hipertensi Dan Maslah Keperawatan Utama Nyeri Akut Di Ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya (Doctoral dissertation, *Stikes Hang Tuah Surabaya*).
- Violita, R., Wulandari, R., & KK, I. F. J. (2024). Terapi Relaksasi Nafas Dalam pada Pasien Hipertensi untuk Mengurangi Gejala Nyeri Kepala. *Lentera Perawat*, 5(1), 73-78.
- Wainsani, S., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 1(1), 68.
- Yastina, S. D., Afriant, R., & Yenita, Y. (2017). Gambaran Kejadian Retinopati Hipertensi pada Penderita Hipertensi yang Dirawat di Bagian Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil pada Bulan Januari-Desember 2013. *Andalas Journal of Health*, 6(3), 602- 608.
- Yulendasari, R., & Djamaludin, D. (2021). Pengaruh pemberian teknik relaksasi Benson terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi. *Holistik . Jurnal Kesehatan*, 15(2), 187-196.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Partisipan yang terhormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai mahasiswa Program Studi Profesi Ners Universitas MH. Thamrin.

Nama : NURHALIM

NPM : 1035241217

Saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi menjadi subjek dalam studi kasus saya dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung”**. Pada studi kasus ini Bapak/Ibu bebas memilih untuk tidak berpartisipasi ataupun berpartisipasi tanpa ada paksaan dari siapapun. Studi kasus ini bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien penyakit Hipertensi dengan tingkat nyeri sedang melalui penerapan tehnik relaksasi Benson. Prosedur tindakan yang dilakukan dengan cara menarik napas dalam dengan unsur keyakinan atau spiritual seseorang terhadap Allah SWT dilakukan ketika nyeri kepala dan tengkuk dirasa muncul. Alokasi waktu yang diperlukan dalam studi kasus ini sekitar 15-30 menit selama latihan dilakukan beberapa hari ke depan. Tidak ada risiko yang mungkin muncul selama tindakan dilakukan. Manfaat yang diharapkan adalah dapat membantu mengurangi nyeri yang dirasakan tanpa menggunakan obat-obatan.

Hasil yang didapatkan dari tindakan ini akan didokumentasikan dalam bentuk karya ilmiah akhir ners. Laporan ini tidak diperlihatkan kepada orang lain selain pasien, saya pribadi, pembimbing KIAN dan institusi tempat saya belajar. Segala bentuk resiko yang ditimbulkan dalam pelaksanaan studi kasus ini akan menjadi tanggung jawab saya. Apabila merasa tidak nyaman, Bapak/Ibu berhak sepenuhnya untuk mengundurkan diri dari studi kasus ini tanpa ada konsekuensi atau dampak apapun.

Saya berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak Bapak/Ibu, antara lain memberikan kebebasan berpartisipasi, menjaga kerahasiaan identitas, menjaga kerahasiaan data, tidak melakukan hal-hal yang menyebabkan bahaya, eksploitasi ataupun ketidaknyamanan selama tindakan dan tidak akan membedakan suku, agama, etnis dan kelas sosial. Atas kesediaan Bapak/Ibu dalam studi kasus ini, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya. Demikian penjelasan studi kasus ini dibuat sebagai tanda persetujuan Bapak/Ibu untuk ikut berpartisipasi dalam studi kasus ini.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.

Bandung, November 2024

Peneliti

Nurhalim., S.Kep

NPM. 1035241217

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No HP :

Menyatakan telah mendapatkan penjelasan dan bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui Tindakan Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung**”. Mengenai hal-hal yang membuat keberatan, saya mempunyai kebebasan menghentikan keikutsertaan menjadi partisipan dalam penelitian ini tanpa ada ganti rugi apapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Bandung, November 2024

Responden

(.....)

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR
PROFESI NERS**

Tanggal Masuk : 9/11/2024	Tanggal Pengkajian : 11/11/2024
Jam : 20.00 WIB	Jam : 10.00 WIB
No. RM : 0577xx	Data diperoleh dari : Klien dan Rekam
Dx Medis : Hipertensi	medik

IDENTITAS

Pasien	Penanggung Jawab Pasien
Nama (Inisial) : Ny. E	Nama (Inisial) : Ny. I
Umur : 57 tahun	Umur : 35 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMP	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Binong Kidul	Hubungan dengan pasien : Anak
Status Pernikahan : Kawin	

A. RIWAYAT KESEHATAN

Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Klien mengatakan bahwa adanya rasa nyeri dan berat pada daerah kepala dan tengkuk sejak 2 hari yang lalu, susah tidur dan badan terasa lelah saat melakukan aktivitas yang tidak terlalu berat.

Riwayat Kesehatan Sekarang:

Klien mengatakan bahwa ada rasa nyeri dan rasa berat pada daerah kepala dan tengkuk disertai badan yang sering terasa lelah. Rasa nyeri kepala dan tengkuk terasa seperti tertusuk-tusuk dan tertimpa beban berat dengan skala nyeri 4 yang sering muncul di pagi dan malam hari. Selain itu, klien juga mengatakan bahwa rasa nyeri makin terasa disaat beraktivitas yang berat dan terasa berkurang disaat dibawa istirahat.

Klien juga mengatakan bahwa tidak ada tidur siang, dan susah tidur malam dan sering terbangun saat tidur sebab rasa nyeri kepala dan tengkuk, tidur malam hanya 3-4 jam, adanya perasaan tidak bugar setelah tidur.

Riwayat Pengobatan Saat di Rumah: ☒ Tidak ☐ Ya, Jika Ya sebutkan:

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Frekuensi	Waktu dan Tanggal Terakhir Diberikan

Riwayat Kesehatan Dahulu:

Klien mengatakan bahwa sudah menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, tetapi jarang mengonsumsi obat hipertensi dari pusat layanan kesehatan, klien hanya sering mengonsumsi obat warung untuk meredakan gejala yang dirasakan.

Riwayat Pengobatan Alergi: ☒ Tidak ☐ Ya, Jika Ya:

1. Alergi Obat : ☒ Tidak ☐ Ya, Jenis>Nama Obat:
2. Lain-lain : ☐ Asma ☐ Eksim Kulit ☐ Makanan ☐ Debu ☐ Udara
Reaksi yang timbul: -

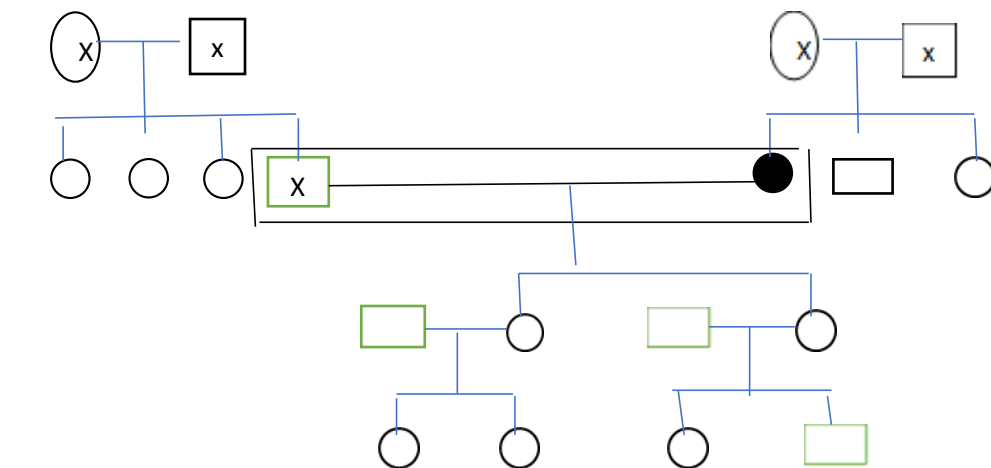
Riwayat Merokok: ☒ Tidak ☐ Ya, Sigaret/Pipa/Kretek

Riwayat Minuman Keras: ☒ Tidak ☐ Ya

Riwayat Kesehatan Keluarga:

Klien mengatakan bahwa tidak ada keluarga yang menderita hipertensi sebelumnya, dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit kronis apapun.

Genogram



● Klien

○ Perempuan

□ Laki-laki

X Meninggal

B. POLA FUNGSI KESEHATAN

No	Pola Fungsi Kesehatan	Sebelum Masuk Rumah Sakit	Saat di Rumah Sakit
1	Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	<p>Pandangan terhadap kesehatan: Klien mengatakan memahami dengan baik tentang kesehatannya dan mengerti apa yang dibicarakan orang lain mengenai penyakitnya, serta mampu memberi respon yang baik dengan orang di sekitar.</p> <p>Kebiasaan pribadi apabila sakit: Klien berobat ke puskesmas atau membeli obat-obatan bebas di apotek</p>	<p>Pandangan terhadap kesehatan: Klien mengatakan bahwa penyakit adalah suatu ujian yang diberikan oleh Allah SWT untuk melatih kesabaran dan keimanan hambanya.</p> <p>Harapan terhadap penyakit: Klien berharap segera sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasa agar tidak merepotkan orang lain.</p> <p>Sikap terhadap pengobatan/perawatan: Klien kooperatif dan menerima segala tindakan medis dan keperawatan selama itu membawa hal baik.</p>
2	Nutrisi	<p>Nafsu makan sebelum sakit normal, tidak ada penurunan nafsu makan</p> <p>Klien mengatakan tidak ada diet khusus sebelum sakit</p> <p>Klien mengatakan bahwa jenis makanan dan minuman yang biasanya di konsumsi adalah nasi sebagai sumber karbohidrat, protein dari tahu, tempe, ayam, daging; sumber serat dari sayur-sayuran, serta air</p>	<p>Makanan: diet lunak Rendagh garam Jenis Makanan: makanan anjuran nutrisisionis RS</p> <p>Frekuensi: 3x/hari Habis berapa porsi: sepiring penuh Makanan kesukaan: nasi uduk</p> <p>Nausea/Vomit: Tidak ada Jika Ya, Jumlah: - Frekuensi: - Warna/Konsistensi: -</p>

		Putih	Minum: sekitar 2-3 gelas air putih sehari, kadang susu.										
3	Aktivitas dan Latihan	ADL	0	1	2	3	4	ADL	0	1	2	3	4
		Makan/Minum	V					Makan/Minum	v				
		Toileting	V					Toileting	v				
		Berpakaian	V					Berpakaian	v				
		Mobilisasi	V					Mobilisasi	v				
		Berpindah dari tempat tidur	V					Berpindah dari tempat tidur	v				
		Ambulasi	V					Ambulasi	v				
		Keterangan: 0: Mandiri 1: dengan alat bantu 2: dibantu orang lain 3: dibantu orang lain dan alat 4: tergantung total											
4	Tidur dan Istirahat	Kebutuhan Istirahat: Klien mengatakan bisa istirahat dengan tenang terutama setelah beraktivitas dan seharian bekerja.						Kebutuhan Istirahat: Klien mengatakan tidak bias tidur siang.					
		Kebutuhan Tidur: Klien mengatakan bisa tidur dengan nyaman kurang lebih 7-8 jam/ hari.						Kebutuhan Tidur: Klien mengatakan bahwa masalah tidur yang sering dialami adalah susah tidur dan sering terbangun sebab nyeri kepala. Tidur malam 3-4 jam, badan tidak terasa segar setelah tidur.					
5	Eliminasi	BAB: Klien mengatakan rutin BAB 2 hari sekali						BAB:Klien mengatakan rutin BAB 2 hari sekali					

		BAK: Klien mengatakan frekuensi BAK 9-10 x/hari	BAK:Klien mengatakan frekuensi BAK 8-9x/hari
6	Persepsi Diri	<p>Harga Diri: Klien tidak merasa minder jika harus bergaul dengan tetangganya</p> <p>Ideal Diri: Klien berharap bisa lebih percaya diri dalam pekerjaan yang dilakukannya sebagai ibu rumah tangga.</p> <p>Peran Diri: Klien mengatakan dirinya adalah seorang ibu rumah tangga..</p> <p>Gambaran Diri: Klien menyukai seluruh bagian tubuhnya tanpa terkecuali.</p> <p>Identitas Diri: Klien mengatakan dirinya adalah ibu rumah tangga</p>	
7	Peran dan Hubungan Sosial	<p>Pekerjaan: Ibu rumah tangga</p> <p>Tinggal bersama: anaknya</p> <p>Hubungan dengan keluarga: Klien mengatakan bahwa hubungan dengan keluarga sangat baik.</p>	<p>Orang yang membantu perawatan di RS: Anak dan adiknya</p> <p>Hubungan dengan keluarga dan tetangga selama di RS: Selama dirawat klien diharuskan bed rest total sehingga saat ini klien dapat berinteraksi seperti yang biasa dilakukannya.</p> <p>Hubungan dengan teman sekamar/pasien lain: Klien jarang berinteraksi dengan pasien lain</p>

		Hubungan dengan tetangga/masyarakat: Klien mengatakan bahwa kehidupan sosial klien di lingkungan tempat tinggal dan bekerja sangat baik.	Hubungan dengan dokter/perawat/tim kes di RS: Klien kooperatif dan mudah berkomunikasi dengan tim kesehatan di RS.
8	Seksual dan Reproduksi	Wanita: Klien mengatakan sudah tidak menstruasi lagi atau sudah masa menopause Pria: -	
9	Nilai dan Kepercayaan	Agama: Islam Jenis Ibadah: shalat 5 waktu Frekuensi Ibadah: rutin hampir 5 waktu Cara Beribadah: shalat Hambatan Beribadah: Tidak ada hambatan dalam beribadah	Agama: Islam Jenis Ibadah: shalat di tempat tidur Frekuensi Ibadah: rutin hampir 5 waktu Cara Beribadah: sambil duduk Hambatan Beribadah: tidak ada hambatan yang berarti Bantuan yang dibutuhkan untuk beribadah: tidak ada
10	Manajemen Koping	Klien mengatakan sudah cukup terbiasa menghadapi berbagai masalah dan bisa mengatasinya dengan baik.	Cara klien mengatasi cemasnya dengan berdoa, atau mengalihkan perhatian dengan berdzikir
11	Kognitif Perseptual	Klien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik dan mengerti apa yang dibicarakan orang lain, serta mampu memberi respon yang baik dengan orang di sekitar.	Klien mengatakan masih mampu berkomunikasi dengan baik dan mampu berespon dengan baik. Klien mengatakan jika ada masalah bercerita dengan anaknya.

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Umum

KU : ☒ Baik ☐ Cukup ☐ Buruk

Kesadaran : ☒ CM ☐ Apatis ☐ Sopor ☐ Somnolen ☐ Soporcoma ☐ Coma
GCS : 15 (E: 4 M: 6 V: 5)

Buka Mata (E)	Respon Motorik (M)	Respon Verbal (V)
4 : buka mata spontan 3 : buka mata dengan rangsang suara 2 : buka mata dengan rangsang nyeri 1 : tidak buka mata dengan rangsang apapun	6 : mengikuti perintah 5 : mengetahui tempat rangsang nyeri 4 : hanya menarik bagian tubuhnya bila dirangsang nyeri 3 : timbul fleksi abnormal bila dirangsang nyeri 2 : ekstensi abnormal 1 : tidak ada gerakan dengan rangsang apapun	5 : komunikasi verbal baik, jawaban tepat 4 : bingung, disorientasi waktu, tempat, dan orang 3 : dengan rangsangan hanya ada kata-kata 2 : dengan rangsangan, hanya suara 1 : tidak ada respon

Catatan:

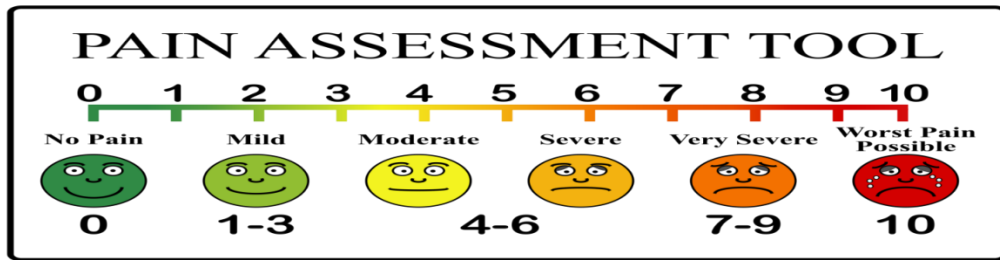
T : Endotrakeal tube atau trakeostomy (untuk respon verbal)

* : tutup mata karena bengkak (untuk respon buka mata)

TD : 160/100mmHg, N : 86x/menit, RR : 23 x/menit, T : 36,8°C

Nyeri/tidak nyaman : ☒ Ya ☐ Tidak

Lokasi	Intensitas (1-10)	Lama Nyeri	Faktor Pencetus	Kualitas Nyeri	Pola Serangan	Hal yang menyebabkan nyeri hilang
Kepala dan tengkuk	4 (sedang)	5-10 menit	Saat beraktivitas yang berat	Seperti ditusuk dan tertimpa beban berat	Pagi dan malam hari	Istirahat dengan posisi nyaman dan minum obat



Nyeri mempengaruhi : ☒ Tidur ☒ Aktivitas/ istirahat ☐ Emosi ☐ Nafsu makan
☐ Konsentrasi ☐ Lain-lain

Pakaian, kerapian, dan kebersihan badan:

☒ Bersih ☐ Kotor ☒ Rapi ☐ Serasi ☐ Berbau ☐ Parfum Berlebihan

PEMERIKSAAN FISIK

	Hasil Pemeriksaan	Masalah
Kepala	Normocephal, tidak tampak adanya lesi pada kepala, terdapat adanya keluhan nyeri dan tengkunya	Nyeri Akut
Rambut	Rambut tampak bersih dan rapi, tidak berbau, rambut kurang merata, kulit kepala bersih, tidak ada ketombe atau lesi.	Tidak ada masalah keperawatan
Wajah	Wajah klien simetris, tidak tampak ada lesi, tidak tampak adanya edema pada wajah, tidak terdapat adanya nyeri tekan, klien tampak meringis saat nyeri muncul.	Tidak ada masalah keperawatan
Mata	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera tidak ikterik, klien tidak menggunakan kacamata, fungsi penglihatan normal.	Tidak ada masalah keperawatan

Telinga	Bentuk telinga simetris, tidak terdapat adanya tanda infeksi, tidak terdapat lesi pada telinga, telinga tampak bersih, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.	Tidak ada masalah keperawatan
Hidung	Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, tidak tampak perdarahan, sumbatan maupun peradangan pada mukosa hidung, tidak tampak edema pada hidung, tampak adanya pernapasan cuping hidung, fungsi penciuman klien normal,	Tidak ada masalah keperawatan
Mulut	Mulut tampak bersih, tidak tampak adanya perdarahan dan edema pada mulut, tidak ada sumbatan pada mulut, mukosa bibir lembab.	Tidak ada masalah keperawatan
Gigi	Gigi klien tampak bersih, gigi lengkap, tidak ada perdarahan pada gigi.	Tidak ada masalah keperawatan
Lidah	Lidah klien tampak bersih, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, ataupun bengkak pada lidah.	Tidak ada masalah keperawatan
Tenggorokan	Bentuk tenggorokan normal, tenggorokan simetris, fungsi menelan baik.	Tidak ada masalah keperawatan
Leher	Bentuk normal, tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tiroid, nadi karotis teraba kuat, tidak ada benjolan, /memar klien mnegatakan nyeri di bagian leher belakang (tengkuk)	Nyeri Akut
Dada	Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya lesi	Tidak ada masalah keperawatan

	pada dada, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.	
Respirasi	<p>Inspeksi : Klien tidak sesak, klien bernapas tidak menggunakan alat bantu pernapasan. pola napas teratur, pergerakan dada saat bernapas simetris.</p> <p>Palpasi : Saat diraba tidak ada massa ataupun lesi pada dinding dada. Tidak ditemukan adanya nyeri tekan.</p> <p>Perkusi : Bunyi sonor.</p> <p>Auskultasi : Suara paru vesikuler.</p>	Tidak ada masalah keperawatan
Jantung	<p>Inspeksi : Klien tampak lemah, klien tampak meringis saat nyeri dada timbul. Tidak tampak adanya sianosis pada mukosa bibir dan kuku. Tidak tampak adanya edema pada ekstremitas. Tidak tampak ictus cordis pada ICS V garis midklavikula.</p> <p>Palpasi : Tidak teraba adanya ictus cordis, tidak terdapat palpitasi. Tidak ada nyeri tekan pada area sekitar jantung. Akral teraba hangat, CRT kembali tepat 3 detik (normal). Nadi radial teraba kuat, frekuensi 86 x/menit.</p> <p>Perkusi : Batas jantung tidak mengalami pergeseran.</p> <p>Auskultasi : S1:S2 tunggal</p>	Tidak ada masalah Keperawatan

Abdomen	<p>Inspeksi : Tidak tampak adanya lesi atau perdarahan di sekitar abdomen, abdomen tampak datar, tidak tampak adanya pembesaran organ abdomen.</p> <p>Auskultasi : Bising usus normal, dengan frekuensi 9x/menit.</p> <p>Palpasi: Tidak ada teraba massa pada abdomen, hepar dan lien tidak teraba, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas pada abdomen klien</p> <p>Perkusi : Bunyi timpani</p>	Tidak ada masalah keperawatan				
Genitalia	Klien mengatakan tidak ada keluhan daerah genitalianya	Tidak ada masalah keperawatan				
Anus dan Rektum	Tidak ada gangguan fungsi, tidak ada massa ataupun lesi.	Tidak ada masalah keperawatan				
Integumen	<p>Inspeksi : Warna kulit normal, tidak pucat. Kebersihan kulit baik, tidak tampak adanya lesi atau peradangan pada kulit.</p> <p>Palpasi: Turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas maupun bawah, akral teraba hangat.</p>	Tidak ada masalah keperawatan				
Ekstremitas	<p>Kemampuan melakukan ROM baik, nyeri sendi tidak ada, kekuatan otot dengan skor sebagai berikut</p> <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Tidak ada masalah keperawatan
5	5					
5	5					

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	No	Jenis Pemeriksaan	Hasil/Satuan	Nilai Normal	Interpretasi Hasil
9/11/25	1	Hemoglobin	13,3	13.2 - 17.3	Normal
	2	Hematokrit	39	38 – 53	Normal
	3	Leukosit	7500	3.800 – 10.600	Normal
	4	Trombosit	267.000	150.000 - 450.000	Normal
	5	Ureum	23,5	< 50	Normal
	6	Creatinin	1,16	< 1.40	Normal
	7	Natrium	134,20	135 - 145	Hiponatremia
	8	Kalium	3,15	3.5 – 5.5	Hipokalemia akut
	9	GDS	100	(80-150)	Normal

2. Pemeriksaan Radiologi

No	Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil/Kesan
1	9/11/24	Rontgen Thorax	Kardiomegali tanpa bendungan paru, pulmo saaini masih terlihat dalam batas normal

3. Terapi Medik

Tanggal	No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
9/11/24	1	RL+KCL	25 mcq	IV	Digunakan dalam penanganan dan pengobatan hipokalemia
	2	Sukralfat	3x10ml	Per oral	untuk melindungi lapisan lambung dan memberikan rasa nyaman
	3	Omeprazole	1x80mg	Per oral	untuk mengurangi

					produksi dari asam lambung
	4	Paracetamol	3x500mg	Per oral	Mengurangi rasa nyeri



TABEL ANALISA DATA

E. ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan bahwa kepala dan tengkuk terasa nyeri dan berat -Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk makin terasa saat beraktivitas yang berat, dan berkurang saat istirahat -PQRST Nyeri : <ul style="list-style-type: none"> -P : Klien mengatakan bahwa kepala dan tengkuk terasa nyeri dan berat yang tidak diketahui penyebabnya -Q : Klien mengatakan bahwa rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa seperti ditimpa benda berat -R : Kepala dan tengkuk -S : Klien mengatakan bahwa skala nyeri 4 -T : Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk terasa pada pagi dan malam hari <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri : 4 - Klien tampak lelah dan lemah - Tekanan darah meningkat: 160/100 mmHg -Nadi 86x/menit - Pernapasan 23x/menit - Suhu 36,8 °C 	<p>Adanya agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Direspon oleh pusat nyeri diotak melalui Thalamus,</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Adanya agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)</p>
<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan bahwa susah tidur -Klien mengatakan tidak ada tidur 	<p>Kurangnya kontrol tidur</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur</p>

<p>siang</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan bahwa sering terbangun saat tidur malam akibat nyeri kepala dan tengkuk -Klien mengatakan bahwa merasa tidak merasa segar setelah bangun tidur -Klien mengatakan bahwa tidur malam hanya 3-4 jam akibat sebab rasa nyeri kepala dan tengkuk <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak lelah -Klien tampak lemah 	<p>Adanya gangguan sirkulasi di otak</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan tekanan vascular serebral</p> <p>↓</p> <p>Retensi pembuluh darah otak meningkat</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	
--	--	--

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

No	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
1.	11/11/24	Nyeri akut berhubungan dengan Adanya agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis) [SDKI D.0077]	 Nurhalim
2.	11/11/24	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur (SDKI D.0055)	 Nurhalim

TABEL DIAGNOSA DAN RENCANA KEPERAWATAN

G. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No.	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan Adanya agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis) [SDKI D.0077]	<p>Dalam 3x24 jam setelah tindakan, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Intervensi


			<p>unggulan: metode distraksi murottal Al-Qur'an surah Ar-Rahman)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>Dalam 3x24 jam setelah tindakan, Pola tidur membaik (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu</p>	<p>Dukungan Tidur (L.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur

		<p>tertentu diharapkan Pola Tidur Membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
--	--	--	--


			<ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya
--	--	--	---

TABEL IMPLEMENTASI DAN EVALUASI (SOAP)

H. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN


Tanggal	Diagnosa	Implementasi dan Hasil	Paraf
11 -11- 2024 Jam 10.00 wib	Nyeri akut berhubungan dengan Adanya agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Mengidentifikasi skala nyeri • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Klien mengeluh nyeri kepala dan tengkuk. Nyeri timbul dipagi dan malam hari atau ketika banyak bergerak, rasanya seperti ditusuk dan tertimpa beban berat, skala nyeri 4 (sedang), nyeri hilang timbul 5-10 menit, berkurang ketika istirahat.	 Nurhalim


		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi Benson • Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan) • Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Hasil: Klien diberikan latihan terapi nonfarmakologis ketika nyeri muncul dengan metode tehnik relaksasi Benson keluarga diminta membantu untuk menciptakan suasana yang tenang bagi klien agar klien bisa istirahat dan tidur.</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Menjelaskan strategi meredakan nyeri <p>Hasil: Klien mengerti tentang penyebab nyeri yang dirasakannya, klien mampu melakukan metode nonfarmakologis untuk meredakan nyeri.</p>	
--	--	--	--


<p>11-11-2025 12.00 wib</p>	<p>Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur (D.0055)</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik 	 <p>Nurhalim</p>
---------------------------------	--	---	---


		<p>atau cara non farmakologi lainnya dengan relaksasi Benson</p> <p>Hasil : Klien mengerti tentang penyebab terjadinya susah tidur dan cara mengatasinya dengan melakukan terapi non farmakologis dengan relaksasi Benson</p>	
--	--	---	--


I. CATATAN PERKEMBANGAN


Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
12-11- 2024	Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis	Manajemen Nyeri <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi PQRST nyeri • Mengidentifikasi respon non verbal nyeri • Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri • Memberikan dan ajarkan klien teknik nonfarmakologis relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri selama 15 menit 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa kepala dan tengkuk terasa nyeri dan berat • Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk makin terasa saat beraktivitas yang berat, dan berkurang saat istirahat • PQRST Nyeri : • P : Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk tidak diketahui penyebabnya • Q : Klien mengatakan bahwa rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa seperti ditimpa benda berat • R : Kepala dan tengkuk • S : Klien mengatakan bahwa skala nyeri 4 • T : Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk terasa pada pagi dan malam hari O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Skala nyeri : 4 	 Nurhalim

			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lelah dan lemah • Tekanan darah meningkat : 160/100 mmHg • Nadi 86x/menit • Pernapasan 23x/menit • Suhu 36,8°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
12-11-2024	Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur	Dukungan Tidur <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur • Menjelaskan pentingnya tidur cukup • Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur • Mengajarkan teknik relaksasi Benson untuk membantu klien tidur selama 15 menit 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa susah tidur • Klien mengatakan tidak ada tidur siang • Klien mengatakan bahwa sering terbangun saat tidur malam akibat nyeri kepala dan tengkuk • Klien mengatakan bahwa merasa tidak merasa segar setelah bangun tidur • Klien mengatakan tidur malam hanya 3-4 jam <p>O : Klien tampak lelah dan lemah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	 Nurhalim


			P : Intervensi dilanjutkan	
13-11-2024	Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis	Manajemen Nyeri <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi PQRST nyeri • Mengidentifikasi respon non verbal nyeri • Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri • Memberikan dan ajarkan klien teknik nonfarmakologis relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri selama 15 menit 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa kepala dan tengkuk masih terasa nyeri dan berat • Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk makin terasa saat beraktivitas yang berat, dan berkurang saat istirahat • PQRST nyeri : • P : Klien mengatakan bahwa tidak tahu penyebab nyeri kepala dan tengkuknya • Q : Klien mengatakan bahwa rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa seperti ditimpa benda berat • R : Kepala dan tengkuk • S : Klien mengatakan bahwa skala nyeri masih 4 • T : Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk terasa pada pagi dan malam hari O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Skala : 3 • Klien tampak lelah • Tekanan darah : 150/90 mmHg • RR 22x/menit • Suhu 36,5°C 	 Nurhalim

			<p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
13-11-2024	Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur	<p>Dukungan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur • Menjelaskan pentingnya tidur cukup • Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur • Mengajarkan teknik relaksasi Benson untuk membantu klien tidur selama 15 menit 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa masih susah tidur • Klien mengatakan tidak ada tidur siang • Klien mengatakan bahwa tadi malam ada terbangun saat tidur beberapa kali akibat merasakan nyeri kepala dan tengkuk • Klien mengatakan bahwa merasa tidak merasa segar setelah bangun tidur tadi • Klien mengatakan tadi malam hanya tidur 4 jam saja <p>O :</p> <p>Klien tampak lelah</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	 Nurhalim

14-11-2024	Nyeri akut b/d agen pencidera fisiologis	Manajemen Nyeri <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi PQRST nyeri • Mengidentifikasi respon non verbal nyeri • Mengidentifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri • Memberikan dan ajarkan klien teknik nonfarmakologis relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri selama 15 menit 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa rasa nyeri kepala dan tengkuk sudah berkurang • Klien mengatakan bahwa skala nyeri 2 • Klien mengatakan bahwa nyeri kepala dan tengkuk terasa pada pagi hari saja O : <ul style="list-style-type: none"> • Meringis berkurang • Skala nyeri: 2 • Kesulitan tidur berkurang • Tekanan darah : 120/65 mmHg • Nadi 78x/menit • RR 22x/menit • Suhu 36,2C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	 Nurhalim
------------	---	--	--	---

14-11-24	Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur	<p>Dukungan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur • Menjelaskan pentingnya tidur cukup • Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur • Mengajarkan teknik relaksasi Benson untuk membantu klien tidur selama 15 menit 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan bahwa semalam bisa tidur dengan nyenyak • Klien mengatakan bahwa tadi malam tidak ada terbangun ditengah malam • Klien mengatakan bahwa ada merasa segar setelah bangun tidur tadi • Klien mengatakan bahwa semalam tidur 6 jam <p>O : Klien tampak lebih <i>fresh</i> dan tenang</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	 Nurhalim
----------	--	---	---	---

SPO Relaksasi Benson

 <p>Jl. Jend. GatotSubroto No. 517 (Papanggungan) Bandung</p> <p>Telp. 022 – 7322877, 7321964, Fax. 022 - 7322468</p>	TERAPI RELAKSASI BENSON		
	No. Dokumen ...	No. Revisi 00	Halaman 3/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit ...	Ditetapkan KEPALA <u>DINA DANIARTI</u>	
PENGERTIAN	Relaksasi Benson merupakan pengembangan metoda respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien dan penguatan visualisasi		
TUJUAN	1. Sebagai acuan perawat dalam penerapan langkah – langkah untuk pemberian terapi relaksasi Benson 2. Untuk mengurangi rasa Lelah, meningkatkan kualitas tidur, mengurangi kecemasan, menurunkan tingkat nyeri dan meningkatkan kenyamanan		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Kepala Rumah Sakit Umum Pindad Nomor : Skep/49/RS/I/2024 tentang Pedoman Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Umum Pindad.		
PRINSIP	1. Suasana tenang pemusatan pikiran akan dicapai secara optimal jika kondisi lingkungan tenang, selain itu dapat mengurangi faktor pengganggu yang mengalihkan perhatian pasien, pemusatan pikiran ini berlangsung selama 20 menit 2. Perangkat mental, keyakinan dan ketenangan akan timbul jika sugesti yang diberikan dari pengulangan kata-kata yang konstan mempengaruhi poikiran pasien. Kata-kata dan pikiran yang focus merupakan inti dari relaksasi Benson dimana keberhasilan efek relaksasi dapat tercapai		

	<p>jika keyakinan dalam pikiran dapat menurunkan kegiatan syaraf simpatik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sikap pasif yang dimaksud adalah bersikap mengabaikan hal-hal yang mengganggu konsentrasi dan tetap berfokus pada kata-kata yang diucapkan secara berulang-ulang. Hindari kecemasan terhadap kebenaran sikap pasif yang dilakukan karena hal itu dapat mempengaruhi proses relaksasi. 4. Posisi Nyaman, posisi tubuh yang nyaman dapat memberikan ketenangan dan menurunkan ketegangan otot. Posisi yang nyaman biasanya duduk bersandar dengan dua bantal ataupun berbaring rileks. 5. Waktu Pelaksanaan, lama pelaksanaan relaksasi Benson ini pada fase pertama 12 menit dan fase ke dua 8 menit dengan total waktu yang dibutuhkan untuk keseluruhan pelaksanaan adalah 20 menit
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> A. Persiapan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Hindari hal-hal yang menyebabkan kebisingan dan dapat mengganggu konsentrasi pasien B. Persiapan Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien se nyaman mungkin 2. Kedua tangan berada disamping tubuh 3. Posisi yang dianjurkan adalah berbaring rileks 4. Tanamkan dalam hati untuk bersikap ikhlas dan terbuka terhadap keseluruhan proses pelaksanaan relaksasi Benson 5. Pilih dan ajarkan “Ya Allah sembuhkanlah kami, Ya Allah Nyamankanlah kami dan hilangkan rasa Lelah kami, (sesuaikan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien) 6. Pilih suasana damai dan menyenangkan hati. C. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri. 2. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis). 3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur. 4. Tahap pertama: pemicu respon relaksasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memilih kata-kata singkat, menenangkan dan ajak pasien untuk berdo’a. “Ya Allah sembuhkanlah kami, Ya Allah nyamankanlah kami, hilangkan rasa lelah dan sakit kami” (sesuaikan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien). b. Pejamkan mata, bernapas lambat dan tenang sambil melemaskan otot-otot mulai dari otot betis, paha, pinggang, dan perut. Dilanjutkan dengan melemaskan otot kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan menggerakkan pundak secara perlahan. c. Perhatikan pernapasan dan mulai mengucapkan dalam hati kata-kata yang mendasar pada keyakinan “ Ya Allah sembuhkanlah kami, Ya

	<p>Allah nyamankanlah kami, dan hilangkan rasa sakit dan Lelah kami”.</p> <p>d. Pertahankan sikap pasrah, ikhlas, dan pasif terhadap hal-hal yang mengganggu pikiran, dilakukan selama 12 menit, jika ada hal-hal yang menyebabkan terganggunya konsentrasi, maka dianjurkan untuk mengatakan dalam hati bahwa semuanya berjalan dengan baik dan kembali focus terhadap relaksasi.</p> <p>5. Tahap kedua: Visualisasi</p> <p>a. Bayangkan situasi yang damai yang membuat pasien tenang dan nyaman</p> <p>b. Lakukan tahap kedua ini selama 8 menit</p> <p>6. Buka mata perlahan-lahan dan Tarik napas dalam perlahan melalui hidung kemudian keluarkan udara perlahan melalui mulut.</p> <p>7. Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai dilakukan</p> <p>8. Evaluasi tindakan dan respon pasien</p> <p>9. Beri reinforcement positif dan lakukan kontrak selanjutnya</p> <p>10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah.</p> <p>11. Rapihan pasien dan atur kembali posisi yang nyaman</p> <p>12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</p> <p>13. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dalam rekam medis pasien (catatan implementasi keperawatan) dan respon pasien.</p> <p>Hal-hal yang perlu diperhatikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan relaksasi Benson dilakukan dua kali sehari 2. Kata atau kalimat yang diucapkan dapat diubah sesuai dengan keyakinan pasien 3. Pelaksanaan dilakukan diruangan yang nyaman dan tenang.
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Inap/ICU 3. Instalasi Rawat Jalan/Hemodialisa 4. Instalasi Kamar Operasi

Lampiran 5

Dokumentasi




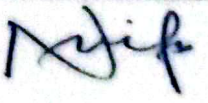
LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS**Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan****Universitas MH Thamrin**

Nama : Nurhalim

NIM : 1035241217

Pembimbing : Ns. Nurma Dewi., S. Kep., M.Kes., M. Kep

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui
 Teknik Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad
 Bandung

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Metode Konsultasi (Luring/Daring)	Paraf
1.	4 Des 2024	Konsul Judul KIAN "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Melalui Teknik Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad Bandung"	Carikan teori/jurnal tentang relaksasi Benson, apakah memang bisa untuk mengatasi masalah yang ada di judul tsb. Ditambahkan lagi sumber-sumber dan jurnalnya Judul ACC, Silahkan untuk diisikan judulnya ke daftar judul KIAN	Daring	
2	31 Januari 2025	Konsul BAB I Pendahuluan	Revisi kembali	Daring	

3	26 Mei 2025	Konsul BAB II dan BAB III	Revisi kembali	Daring	<i>Nyif</i>
4		Konsul BAB III Metode Karya Ilmiah	Revisi kembali	Daring	<i>Nyif</i>
5	1 Juli 2025	Konsul BAB I-VI	Revisi lagi	Daring	<i>Nyif</i>
6	11 Juli 2025	Konsul ulang BAB I,II, III,IV, V dan VI	Perbaiki lagi	Daring	<i>Nyif</i>
7	16 Juli 2025	Konsul naskah dan draff KIAN dari BAB I, II, III, IV, V dan VI	Perbaiki kembali	Daring	<i>Nyif</i>
8	31 Juli 2025	Konsul Naskah KIAN BAB I-VI	Perbaiki kembali logo, Bab I diperbaiki kata- kata dan kalimatnya. Pathway diperjelas lagi, waktu agar diperjelas lagi.	Daring	<i>Nyif</i>
9	2 Agustus 2025	Konsul Ulang Naskah KIAN	Perbaiki lagi implementasi keperawatannya Tentang obat yang diberikan SPO relaksasi benson	Daring	<i>Nyif</i>
10	14 Agustus	Konsul ulang perbaikan Naskah KIAN	Lembar konsul bimbingan ditempatkan setelah konsep spo,	Daring	<i>Nyif</i>




LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS
Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan
Universitas MH Thamrin

Nama : Nurhalim

NIM : 1035241217

Pembimbing : Ns. Sari Jiwanti, S.Kep., M. Kep

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Melalui
 Teknik Penerapan Relaksasi Benson Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pindad
 Bandung

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Metode Konsultasi (Luring/Daring)	Paraf
1.	18 Juni 2025	Konsul BAB I, II, dan III	Revisi kembali	Daring	
2	24 Juni 2025	Konsul lagi revisian BAB I, II dan III	Revisi kembali dan lanjut BAB berikutnya	Daring	
3	1 Juli 2025	Konsul kembali Revisi BAB I, II, III Dan konsul tambahan BAB IV, V, VI	Revisi kembali untuk BAB I -III BAB 4 : Implementasi dimasukkan tabel evaluasi, sebaiknya masuk dalam pembahasan evaluasi BAB 5: Membandingkan dengan study lain, cek kembali teori sebelumnya Gunakan referensi Manager Mendeley model APA Pada Kesimpulan sesuai	Daring	

			dengan yujuan dan masukin faktor penghambatnya		
4	16 Juli 2025	Konsul kembali Draf Naskah KIAN	Revisi lagi Rapikan kembali penulisan Proses Asuhan keperawatan	Daring	ls
5	18 Juli 2025	Konsul kembali revision Draf KIAN	Rapikan lagi penulisan setiap halamannya	Daring	ls
6	20 Juli 2025	Konsul kembali Draf KIAN	Masukan study yang terbaru untuk di BAB I	Daring	ls
7	22 Juli 2025	Konsul draf yang di revisi	Perbaiki kembali	Daring	ls
8	8 Agustus 2025	Konsul kembali revision draf Naskah KIAN	Perbaiki sedikit lagi	Daring	ls
9	13 Agustus 2025	Konsul jadwal sidang KIAN	Acc Rencana hari Selasa 19 Agustus 2025 jam 09/10 wib	Daring	ls