Jurnal Excellent Volume 2 Nomor 2 Tahun 2024 Halaman 114-123
EXCELLENT HEALTH JOURNAL
Research & Learning in Health Science
https:// excellent-health.id/



Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Hipertensi Di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024

Ira Nurzahirah[1], Gusman Virgo[2]
Program Studi Diploma Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
Irapku1999@gmail.com, gusmanvirgo@gmail.com

Abstrak

Hipertensi adalah gangguan sistem sirkulasi darah yang menyebabkan tekanan darah meningkat, dengan tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg. Faktor yang menjadi resiko terjadinya hipertensi diantaranya adalah usia, jenis kelamin, merokok, dan obesitas. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji sampai melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Responden pada laporan kasus adalah Tn. A yang berusia 67 tahun dengan hipertensi. Asuhan keperawatan dilakukan selama 4 hari di mulai pada tanggal 14 Mei sampai dengan tanggal 17 Mei di ruang Pejuang tahun 2024. Data yang didapatkan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian pasien mengatakan lemah anggota gerak di sebelah kanan, kepala nyeri dan menjalar hingga ke leher dan pundak, dada terasa berat dan nyeri terutama sebelah kanan, seluruh badan terasa lemas, lidah terasa berat. Sehingga peneliti dapat merumuskan masalah utama dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017). Intervensi yang diberikan yaitu memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), status pernapasan, tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama empat hari pada klien yaitu teratasi dan *planning* dihentikan. Harapan peneliti dari penulisan laporan kasus ini agar dapat menjadi acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Hipertensi, Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.

Abstract

Hypertension is a disorder of the blood circulation system that causes blood pressure to increase, with systolic blood pressure above 140 mmHg and diastolic blood pressure above 90 mmHg. Factors that are at risk for hypertension include age, gender, smoking and obesity. The aim of this research is to examine and implement nursing care for patients with hypertension in the Fighting Room at Bangkinang Regional Hospital in 2024. This research method uses a descriptive research design in the form of a case study. The respondent in the case report is Mr. A is 67 years old with hypertension. Nursing care was carried out for 4 days starting from May 14 to May 17 in the Pejuang 2024 room. Data was obtained through interviews, physical examination and supporting examinations. During the assessment, the patient stated that the limbs were weak on the right side, the head ached and spread to the neck and shoulders, the chest felt heavy and painful, especially on the right side, the whole body felt weak, the tongue felt heavy. So researchers can formulate the main problem with the nursing diagnosis of the risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension (D.0017). The intervention provided is monitoring MAP (Mean Arterial Pressure), respiratory status, blood pressure, pulse and body temperature. In carrying out nursing actions on Mr. A with hypertension is carried out according to the nursing plan that has been prepared. The results of the four day nursing visit to the client were resolved and planning was stopped. The researcher's hope in writing this case report is that it can become a reference for nurses in providing nursing care to patients with hypertension.

Keywords: *Nursing care, hypertension, risk of ineffective cerebral perfusion*

Corresponding author :

Address : Sungai Pinang, Kec Tambang. Kab Kampar Riau
Email : Irapku1999@gmail.com
Phone : 082214627059

ISSN 2985-4822 (Media Online)

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan kondisi jangka panjang yang dapat ditandai dengan naiknya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri yang mengaakibatkan jantung perlu bekerja menjadi lebih keras untuk mengalirkan darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah. Hipertensi adalah persoalan yang sangat serius disebabkan karena seringkali tidak diketahui bahkan setelah bertahun-tahun. Hipertensi merupakan faktor utama resiko timbulnya penyakit seperti gagal ginjal, gagal jantung, stroke dan kardiovaskuler aterosklerotik. Hipertensi mengakibatkan tingginya tingkat resiko mortalitas dini disaat tekanan sistolik dan diastolik meningkat. Peningkatan tekanan darah yang terus menerus dapat merusak pembuluh darah di organ jantung, ginjal, otak dan mata (Azizah et al., 2022).

Faktor yang menjadi resiko terjadinya hipertensi diantaranya adalah usia, jenis kelamin, merokok, dan obesitas. Usia dan jenis kelamin dapat menjadi faktor resiko hipertensi pada pria dengan umur 35 hingga 50 tahun dan pada wanita pasca menopause. Penderita hipertensi juga tidak disarankan untuk merokok, karena dengan merokok dapat merusak lapisan endotel pada pembuluh darah, dan menyebabkan pembuluh darah kurang elastis dan peningkatan pada tekanan darah.. Pada seseorang dengan obesitas, dapat meningkatkan output jantung karena massa tubuh yang menjadi lebih panjang, sehingga mengakibatkan kenaikan curah jantung (Irawan et al., 2020).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2022, prevalensi hipertensi secara global yaitu sebesar 22% dari total penduduk dunia, wilayah Asia Tenggara berada di posisi ketiga tertinggi dengan prevalensi 25% dari keseluruhan total penduduk. Berdassarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2022, prevalensi hipertensi pada penduduk di usia >18 tahun sebesar 25,8% berdasarkan hasil pengukuran secara nasional (Subekti et al., n.d.). Pada tahun 2021, menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Riau, total 1.485.309 kasus hipertensi ditemukan di Provinsi Riau dengan kabupaten Kampar memiliki kasus tertinggi, yaitu sebanyak 180.051 kasus (Mahfuzah, 2023). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2023, Puskesmas Tapung memiliki jumlah kejadian hipertensi tertinggi sebanyak 157 kejadian, dan diikuti oleh UPT Puskesmas Kampar yang menjadi salah satu kabupaten di provinsi Riau. Jumlah penderita hipertensi di kabupaten Kampar tahun 2022 sebanyak 61.541 dari total penduduk di kabupaten Kampar (Rahmda dinda, 2023).

Provinsi Riau memiliki prevalensi diabetes yang relatif rendah dibandingkan dengan rata-rata nasional. Berdasarkan data survei kesehatan dasar tahun 2018, prevalensi diabetes di provinsi Riau adalah sebesar 1,9%, sedangkan rata-rata nasional adalah 2%. Meskipun prevalensi diabetes di provinsi Riau relatif rendah, data tersebut menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun. Dalam kurun waktu lima tahun sebelumnya, dari tahun 2013 hingga 2018, prevalensi diabetes di provinsi Riau meningkat dari 1,3% menjadi 1,9%. Provinsi Riau berada di urutan ke-15 dari total 34 provinsi di Indonesia dalam hal prevalensi diabetes, yang menunjukkan bahwa kondisi ini memang menjadi perhatian penting dalam upaya kesehatan masyarakat di provinsi tersebut. (Fadhli, 2022). Berdasarkan informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, jumlah penderita Diabetes Mellitus Tipe II di Kabupaten Kampar pada tahun 2022 berjumlah 13.885 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, 2022). Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Bangkinang pada tahun 2023 Hipertensi berada pada peringkat ke 3 dari 10 besar penyakit pasien rawat inap dengan jumlah pasien sebanyak 997 orang, dengan jumlah pasien laki-laki sebanyak 456 orang dan pasien Perempuan sebanyak 543 orang di RSUD Bangkinang.

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh hipertensi dapat bersifat simptomatik dan asimptomatik. Gejala klinik dari penderita hipertensi adalah sakit kepala, epistaksis, telinga berdenging, mudah marah, jantung berdebar, susah bernafas setelah melakukan aktivitas yang berat, pusing dan pingsan. Namun, gejala-gejala tersebut bukanlah gejala yang khas dan dianggap gejala yang biasa, yang dapat menyebabkan penanganan menjadi terlambat. Hipertensi juga dapat menyebabkan kerusakan organ yang serius secara diam-diam. Oleh karena itu, hipertensi dikenal sebagai *silent killer* atau pembunuh tanpa suara karena dapat menyebabkan kematian. Jika ada komplikasi, gejala akan muncul sesuai dengan organ yang terkena (Tiara Trias Tika, 2021).

Peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada salah satu pasien dengan hipertensi yang sedang dirawat diruang rawat inap Pejuang dan didapatkan hasil bahwa pasien sering marah dan stress diakibatkan masalah di rumah dan pasien juga tidak terlalu menjaga pola hidupnya selama ini. Pasien mengatakan sering merasa sakit kepala dan merasa berat bagian leher bagian belakang. Ketika sakit kepala pasien hanya membeli obat di warung tanpa memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

Dari masalah dan kejadian di atas, maka peneliti memiliki dorongan untuk mengambil topik penelitian studi kasus dengan judul " **Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Hipertensi diruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024** "

METODE

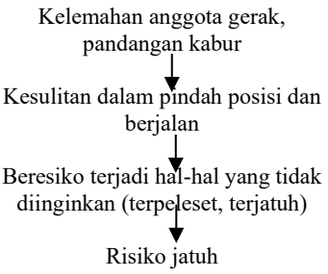
Metode penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk menggabungkan informasi mengenai status suatu gejala yang ada saat penelitian dilakukan. Penelitian deskriptif tidak bertujuan untuk menguji hipotesis tertentu, namun sebaliknya yaitu hanya berfokus pada apa yang terjadi dengan variabel, gejala, atau keadaan tertentu. Penulisan ini bertujuan menggambarkan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pasien hipertensii di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang.

HASIL

1. Analisa Data

Tabel 1 : Analisa data Tn.A dengan Hipertensi di ruang Pejuang RSUD Bangkinang tahun 2024

DATA OBJEKTIF (DO) DATA SUBJEKTIF (DS)	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
DS: • Pasien mengatakan masuk ke rumah sakit disebabkan lemah anggota gerak sebelah kanan, dada terasa berat dan nyeri, adanya nyeri kepala dengan skala nyeri di angka 8. DO: • TTV: TD: 162/106 mmHg, N: 111x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,7°C • Riwayat HT tidak terkontrol • CRT > 2 detik	Tekanan darah tinggi ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Metabolisme terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke otak menurun ↓ Risiko perfusi serebral meningkat	Risiko perfusi serebral tidak efektif (**D.0017**)
DS: • O Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tengkuk sudah dirasakan 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. • P: Pasien mengatakan nyeri kepala muncul Ketika tekanan darahnya naik yang biasanya disebabkan jika pasien memiliki banyak pikiran. • Q Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. • R: Pasien mengatakan biasanya nyeri yang dirasakan menjalar ke tengkuk hingga pundak. • S :Pasien mengatakan skala nyeri di angka 8. • T : Pasien mengatakan nyeri yang mucul perlahan dan hilang timbul. • U: Pasien mengatakan sering mengalami nyeri seperti ini. • V: Pasien berharap nyeri segera hilang. DO: - Pasien tampak meringis - Frekuensi nadi meningkat - TTV: TD: 162/106 mmHg, N: 111x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,7°C	Tekanan darah tinggi ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Metabolisme terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke otak menurun ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak ↓ Nyeri akut	Nyeri akut (**D.0077**)
DS: - Pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur tidak bisa nyenyak**.** DS: - Wajah pasien tampak sayu - Tampak ada lingkar hitam pada mata pasien. - TTV: TD: 162/106 mmHg, N: 111x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,7°C	Tekanan darah tinggi ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Metabolisme terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke otak menurun ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak ↓ Nyeri akut ↓ Sulit tertidur, mudah terbangun ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur **(D.0055)**
DS: - Pasien mengatakan kepala nyeri dan pandangan kabur, pasien mengatakan untuk aktivitas selama di rawat seperti BAB, BAK dan mandi dibantu oleh keluarga, karena pasien merasa seperti ingin terjatuh dan takut terpeleset DO: - Usia pasien lebih dari 65 tahun - Pasien tampak BAB dan BAK di bantu oleh keluarga	Tekanan darah tinggi ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Metabolisme terganggu ↓ Suplai darah dan O2 ke otak menurun ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak ↓ Nyeri akut ↓ Gangguan fungsi fisiologis ↓	Risiko jatuh (**D.0143**)



2. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (**D.0017**)
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **(D.0077)**
c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**D.0055)**
d. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan gangguan keseimbangan (**D.0143**)

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang peneliti lakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Tn.A yaitu :

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dengan kriteria hasil sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan arteri rata-rata membaik. Rencana keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan SIKI Manajemen peningkatan tekanan intracranial yaitu :
    1) **Observasi** : Identifikai penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor danta/gejala peningkatan TIK (misalnya, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (M*ean Arterial Pressure*), monitor CVP (*Central Venous pressure*). Monitor PAWP, jika perlu, monitor PAP, jika perlu, monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*), jika tersedia, monitor gelombang ICP, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, monitor cairan serebro-spinalis (misalnya: warna dan konsistensi).
    2) **Terapeutik** : minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari manuver valsava, cegah terjadinya kejang, hindari penggunaan PEEP, hindari pemberian cairan IV hipotonik, atur ventilator agar PaCO2 optimal, pertahankan suhu tubuh normal.
    3) **Kolaborasi** : kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan jika perlu, kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu, kolaborasi pemberian pelunak tinja jika perlu.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI Manajemen Nyeri yaitu :
    1) **Observasi** : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifkasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kuaalitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik.
    2) **Terapeutik** : berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), kontrol lingkunganyang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
    3) **Edukasi** : jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgesic secara tepat, ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
    4) **Kolaborasi** : kolaborasi pemberian analgetic, *jika perlu*.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan berhubungan dengan kurang kontrol tidur dengan kriteria hasil pola tidur membaik, keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, dan keluhan istirahat tidak cukup menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI Dukungan Tidur yaitu :
    1) **Observasi** : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.
    2) **Terapeutik** : modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur),

Batasi waktu tidur siang, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga.

3) **Edukasi** : jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. Anjurkan penggunaan obaat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja), ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

d. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan dengan kriteria hasil : jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI Pencegahan Jatuh yaitu :

1) **Observasi** : identifikasi faktor jatuh (misalnya: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misalnya: lantai licin, penerangan kurang), hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misalnyaa: faal morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu, monitor kemampuan berpindah dari tempat ke kursi roda dan sebaliknya.
2) **Terapeutik** : orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang handrail tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station, gunakan alat bantu berjalan (misalnya: kursi roda, walker), dekatkaan bel pemanggil dalam jangkauan pasien.
3) **Edukasi** anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkosentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

4. Implementasi Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif darah berhubungan dengan hipertensi

1) Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak dan lemah anggota gerak sebelah kanan, dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif** : tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), memonitor status pernapasan, memonitor tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh **Respon** : **Data subjektif** : pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, dan dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif**: : TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 119 mmHg.

2) Tanggal 16 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, dan dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif**: TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), memonitor status pernapasan, memberikan posisi semi fowler, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh. **Respon**: **Data subjektif**: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. **Data objektif**: : TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 114 mmHg. Pasien tampak nyaman dengan posisi yang telah diberikan.

3) Tanggal 17 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. **Data objektif**: TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), menghindari manuver valsava, memberikan posisi semi fowler, memonitor tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh. **Respon**: **Data subjektif**: pasien mengatakan nyeri kepala jarang timbul dan nyeri yang dirasakan berkurang, pada bagian dada sudah tidak terasa berat. **Data objektif**: : TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 106 mmHg.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1) Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan menjalar ke pundak, nyeri yang dirasakan pasien seperti tertusuk dan hilang timbul, nyeri yang muncul biasanya disebabkan jika tekanan darah pasien naik. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 8. **Data objektif**: pasien tampak meringis dan

gelisah, tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, temperature: 36,7°C, pulse: 111 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, frekuensi nadi meningkat. **Action**: mengidentifikasi lokasi, karakterisitik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi napas dalam), berkolaborasi pemberian analgetik. **Respon**: **data subjektif**: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. **Data objektif**: pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit.

2) **Tanggal 16 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. **Data objektif**: pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi menggunakan murotal al-quran), berkolaborasi pemberian analgetik. **Respon**: **Data subjektif**: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. **Data objektif**: meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit.

3) **Tanggal 17 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. **Data objektif**: meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memonitor keberhasilan terapi nonfarmakologis (teknik-elaksasi napas dalam, terapi menggunakan murotal al-quran). **Respon**: **Data subjektif**: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan skala nyeri di angka 2. **Data objektif**: meringis tampak berkurang, gelisah berkurang, TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

1) **Tanggal 15 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur tidak bisa nyenyak. **Data objektif**: wajah pasien tampak sayu, tampak ada lingkar hitam pada mata pasien, tanda-tanda vital: TD: 162/106 mmHg, N: 111 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,7°C. **Action**: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. **Respon**: data subjektif: pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur tidak bisa nyenyak. Data objektif: wajah pasien tampak sayu, tampak ada lingkar hitam pada mata pasien, tanda-tanda vital: TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit.

2) **Tanggal 16 Mei 2024**
Data subjektif: Pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur tidak bisa nyenyak**. Data objektif**: wajah pasien tampak sayu, tampak ada lingkar hitam pada mata pasien, tanda-tanda vital: TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, membatasi tidur siang, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. **Respon**: data subjektif : pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari namun ada terbangun. Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak. Data objektif: wajah pasien tampak sudah mulai segar, tampak ada lingkar mata hitam pada mata pasien namun sudah berkurang. TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit.

3) **Tanggal 17 Mei 2024**
Data subjektif: : pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari namun ada terbangn. Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak. **Data objektif**: wajah pasien tampak sudah mulai segar, tampak ada lingkar mata hitam pada mata pasien namun sudah berkurang. TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Action**: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, membatasi tidur siang, menghilangkan stress sebelum tidur, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. **Respon**: data subjektif: pasien mengatakan sudah dapat tidur pada malam hari dan tidak ada terbangun sehingga dapat tidur dengan nyenyak. Data objektif:

wajah pasien tampak sudah segar, lingkar hitam pada mata tampak sudah berkurang. Tanda-tanda vital: TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit

d. Risiko Jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan

1) Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan kepala nyeri dan pandangan kabur, untuk BAB, BAK dan mandi dibantu oleh keluarga karena pandangan yang kabur, anggota gerak sebelah kanan yang lemah, dan merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Action**: mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. **Respon**: data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. Data objektif: Usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Faals Scale* (MFS) dengan skor 35.

2) Tanggal 16 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Action**: mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. **Respon**: data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul dan pandangan kabur sudah berkurang namun masih merasa ingin terjatuh dan terpeleset dikamar mandi. Data objektif: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Faals Scale* (MFS) dengan skor 35.

3) Tanggal 17 Mei 2024

Data subjektif pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul dan pandangan kabur sudah berkurang namun masih merasa ingin terjatuh dan terpeleset dikamar mandi. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK sudah dibantu oleh keluarga. **Action**: mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu terkunci, memasang handrail tempat tidur, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. **Respon**: data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala berkurang berkurang, pandangan kabur pasien mulai berkurang, rasa takut terpeleset dikamar mandi sudah berkurang. Data objektif: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK mandiri. Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar berdasarkan penilaian skala *Morse Faals Scale* (MFS) dengan skor 35.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

1) Tanggal 15 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hingga ke pundak, lemah pada anggota gerak sebelah kanan, pada bagian dada terasa berat dan nyeri. **Data objektif**: TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 119 mmHgCRT > 2 detik. **Analisa**: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi belum teratasi. **Planning**: intervensi dilanjutkan.

2) Tanggal 16 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala secara berulang, namun sudah berkurang, pada bagian dada terasa sudah lebih ringan dan nyeri berkurang. **Data objektif**: TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 114 mmHg. CRT > 2 detik. **Analisa**: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi teratasi sebagian. **Planning**: intervensi dilanjutkan.

3) Tanggal 17 Mei 2024

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala jarang timbul dan nyeri yang dirasakan berkurang, pada bagian dada sudah tidak terasa berat. **Data objektif**: TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit, MAP: 106 mmHg. **Analisa**: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi teratasi. **Planning**: intervensi dihentikan.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1) **Tanggal 15 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala hingga ke pundak, terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 7. **Data objektif**: pasien tampak meringis dan gelisah, TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa**: masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis belum teratasi. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
2) **Tanggal 16 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala hilang timbul. Pasien mengatakan skala nyeri di angka 4. **Data objektif**: meringis tampak berkurang, TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa**: masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi sebagian. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
3) **Tanggal 17 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan skala nyeri di angka 2. **Data objektif**: meringis tampak berkurang, gelisah berkurang, TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa**: masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis teratasi. **Planning**: intervensi dihentikan.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur

1) **Tanggal 15 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan sulit tidur dan mudah terbangun pada malam hari karena nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur tidak bisa nyenyak. **Data objektif**: wajah pasien tampak sayu, tampak ada lingkar hitam pada mata pasien, tanda-tanda vita: TD: 157/100 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 107 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa:** masalah gangguan pola tidur b.d kurang control tidur belum teratasi. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
2) **Tanggal 16 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari namun ada terbangun. Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak. **Data objektif**: wajah pasien tampak sudah mulai segar, tampak ada lingkar mata hitam pada mata pasien namun sudah berkurang. TD: 150/96 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 94 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa**: masalah gangguan tidur b.d kurang control tidur teratasi sebagian. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
3) **Tanggal 17 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan sudah dapat tidur pada malam hari dan tidak ada terbangun sehingga dapat tidur dengan nyenyak. **Data objektif**: wajah pasien tampak sudah segar, lingkar hitam pada mata tampak sudah berkurang. Tanda-tanda vital: TD: 148/85 mmHg, temperature: 36,5°C, pulse: 84 x/menit, respirasi frekuensi 20 x/menit. **Analisa**: masalah gangguan pola tidur b.d kurang control tidur teratasi. **Planning**: intervensi dihentikan.

d. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan

1) **Tanggal 15 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Analisa**: masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan belum teratasi. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
2) **Tanggal 16 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada kepala berkurang dan pandangan kabur sudah berkurang namun masih merasa ingin terjatuh dan terpeleset dikamar mandi. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. **Analisa**: masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan teratasi sebagian. **Planning**: intervensi dilanjutkan.
3) **Tanggal 17 Mei 2024**
Data subjektif: pasien mengatakan nyeri kepala berkurang berkurang, pandangan kabur pasien mulai berkurang, rasa takut terpeleset dikamar mandi sudah berkurang. **Data objektif**: usia pasien 67 tahun, pasien tampak BAB dan BAK sudah tidak dibantu oleh keluarga. **Analisa**: masalah risiko jatuh b.d usia > 65 tahun, gangguan keseimbangan teratasi. **Planning**: intervensi dihentikan.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan data klien mengalami kelemahan pada ekstremitas dexrta, terjadi peningkatan pada tekanan darah, CRT> 2 detik, klien mengatakan nyeri pada kepala dan pundak, nyeri seperti tertusuk-tusuk, akibat nyeri yang dirasakan pasien tidak bisa istirhat tidur dan akibat dari tekanan darah yang tinggi menyebabkan gangguan dalam penglihatan. Semua data pada pengkajian sesuai dengan teori pada pasien yang mengalami hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
d. Risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan gangguan keseimbangan.

Semua diagnosa diatas sesuai dengan teori pada pasien dengan hipertensi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dibuat mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Semua intervensi yang telah dibuat oleh perawat, semuanya diimplementasikan. Tidak ada kendala dalam melakukan implementasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil dari implementasi yang telah diterima oleh Tn.A dan kerjasama peneliti, tenaga kesehatan RSUD Bangkinang, pasien dan keluarga yang telah dilaksanakan selama 4 hari secara berturut-turut mulai dari hari selasa tanggal 14 - 17 Mei 2024 yang diawali dari tahap pengkajian, lalu menegakkan diagnosa keperawatan, kemudian intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan. Pada hasil evaluasi dari keempat diagnosa yang telah ditegakkan, didapatkan evaluasi dari implementasi pada hari Jumat tanggal 17 Mei 2024 pada 4 diagnosa yang telah ditetapkan sebagai berikut:

a. Pada hasil evaluasi diagnosa pertama, pasien mengatakan nyeri kepala jarang timbul dan nyeri yang dirasakan berkurang, pada bagian dada sudah tidak terasa berat, pasien tampak membaik. Dengan masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
b. Pada hasil evaluasi diagnosa kedua, pasien mengatakan bahwa nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan skala nyeri di angka 2, skala nyeri ringan, pasien tampak membaik, gelisah berkurang. Dengan masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
c. Pada evaluasi dari diagnosa ketiga, pasien mengatakan sudah dapat tidur pada malam hari dan tidak ada terbangun sehingga dapat tidur dengan nyenyak. Wajah pasien tampak sudah segar, lingkar hitam pada mata tampak sudah berkurang. Dengan masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
d. Pada evaluasi dari diagnosa keempat, pasien mengatakan nyeri kepala hingga ke pundak, anggota gerak sebelah kanan lemah, pandangan kabur, merasa ingin terjatuh dan takut terpeleset saat dikamar mandi. Pasien tampak untuk BAB dan BAK sudah tidak dibantu oleh keluarga. Dengan masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.

Evaluasi yang peneliti dapatkan sesuai dengan teori.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya ucapkan kepada pembimbing Ns. Gusman Virgo, S.Kep,M.KL yang telah membimbing saya dan juga membantu saya dalam pembuataan karya tulis ilmiah ini.

SIMPULAN

1. Dari hasil pengkajian yang peneliti lakukan terhadap Tn.A mengatakan lemah anggota gerak di sebelah kanan, kepala nyeri dan menjalar hingga ke Pundak, dada terasa berat dan nyeri terutama sebelah kanan, sulit tidur pada malam hari karena nyeri yang dirasakan, seluruh badan terasa lemas, lidah terasa berat, pandangan terasa kabur, aktivitas selama di eumah sakit untuk BAB, BAK dan mandi dibantu oleh keluarga.
2. Berdasarkan hasil pengkajian penulis dapat menegakkan 4 diagnosa keperawatan, yaitu diagnosa pertama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (**D.0017**), diagnosa kedua merupakan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (**D.0077**), diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan kurang kontrol tidur **(D.0055)**, diagnosa keempat yaitu risiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan gangguan keseimbangan (**D.0143**). Disebabkan oleh prinsip diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan hasil dari keluhan pasien, kondisi pasien, dan hasil pengamatan peneliti yang didukung oleh data-data penunjang.
3. Pada perencanaan yang direncanakan adalah meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga sesuai dengan fungsi keperawatan dan meberikan informasi tentang masalah keperawatan yang sedang dihadap, dalam tahap perencanaan tidak ditemukan hambatan.
4. Pada saat pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan dengan keluhan utama dan kondisi pasien pada saat pengkajian
5. Pada tahap evaluasi didapatkan kemajuan dan peningkatan pengetahuan pasiens, namun untuk masalah memodifikasi lingkungan tidur dilanjutkan oleh keluarga secara mandiri karena keterbatasan waktu dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah, W., Hasanah, U., Pakarti, A. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022). Azizah, Penerapan Slow Deep Breathing 607 Penerapan Slow Deep Breathing Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Implementation Of Slow Deep Breathing On Blood Pressure In Hypertension Patients. *Jurnal Cendikia Muda*, *2*(4).

Irawan, D., Siwi, A. S., & Susanto, A. (2020). Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Hipertensi.

In *Jurnal of Bionursing* (Vol. 3, Issue 2).

Rahmda dinda. (2023). *Perilaku pencegahan hipertensi pada masyarakat di desa tarai bangun wilayah kerja UPT Puskesmas Tambang tahun 2023*.

Subekti, R. T., Yanti, A. K., Irianto, G., Kesehatan, F., & Pringsewu, U. M. (n.d.). *Effect Of Giving Cucumber Jelly (Cucumis Sativus L) On Reducing Blood Pressure Of Hypertension Sufferers In Ambarawa Community Health Center Work Area In 2023*. https://ejournal.umpri.ac.id/index.php/SJNH

Tiara trias tika. (2021). *Pengaruh pemberian daun salam (Syzgium polyanthum) pada penyakit hipertensi: sebuah studi literatur*.