

**ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN INTERVENSI INOVASI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN
RELAKSASI MENDENGARKAN MUROTAL SURAH AR-RAHMAN
TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH DI RUANG
INSTALASIGAWAT DARURAT RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

AHMAD ROBIANTO

NIM. 17111024120002

PROGRAM STUDI ROFESI NERS

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

TAHUN 2018

**Analisis Praktek Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan
Intervensi Inovasi Relaksasi Nafas Dalam dan Relaksasi
Mendengarkan Murottal Surah Ar-rahman terhadap
Penurunan Tekanan Darah di Ruang Instalasi
Gawat Darurat RSUD AbdulWahab
Sjahranie Samarinda
Tahun 2018**

Karya Ilmiah Akhir Ners



Disusun Oleh :

Ahmad Robianto

NIM. 17111024120002

**Program Studi Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
Tahun 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN INTERVENSI INOVASI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN
RELAKSASI MENDENGARKAN MUROTAL SURAH AR-RAHMAN
TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH DI RUANG
INSTALASIGAWAT DARURAT RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2018**

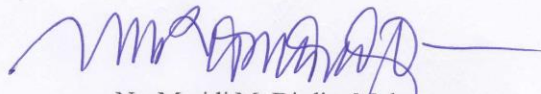
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Ahmad Robianto, S.Kep
NIM. 17111024120002

Disetujui untuk di ujikan
pada tanggal, 23 Juli 2018

Pembimbing



Ns. Maridi M. Dirdjo, M. kep
NIDN. 1125037202

Mengetahui,
Koordinator MK. Elektif



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep
NIDN : 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTEK KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI
DENGAN INTERVENSI INOVASI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN
RELAKSASI MENDENGARKAN MUROTAL SURAH AR-RAHMAN
TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH DI RUANG
INSTALASIGAWAT DARURAT RSUD ABDUL
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2018**


KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :


Ahmad Robianto, S.Kep
NIM. 17111024120002

Diseminarkan dan diujikan
pada tanggal, 23 Juli 2018

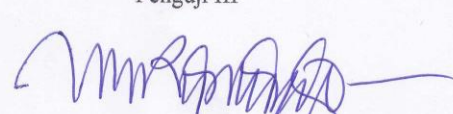
Penguji I


Ms. Zainudin., M.Kep
NIP. 197301251997041004


Penguji II


Ns. Alfi Ari FR., M.Kep
NIDN. 1111038602

Penguji III


Ns. Maridi M. Dirdjo, M.kep
NIDN. 1125037202

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Keperawatan


Ns. Dwi Rahmah F., M. Kep
NIDN : 1119097601

**Analisis Praktek Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Intervensi Inovasi
Relaksasi Nafas Dalam dan Relaksasi Mendengarkan Murottal Surah
Ar-rahman terhadap Penurunan Tekanan Darah di Ruang Instalasi
Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
Tahun 2018**

Ahmad Robianto¹Maridi M Dirdjo²

Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan \gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, muntah (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien Hipertensi dengan relaksasi nafas dalam Kombinasi terpi mendengarkan murottal surah Ar-rahmanpada penurunan tekanan darah di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Intervensi inovasi yang digunakan adalah Pengaruh Relaksasi nafas dalam kombinasi relaksasi mendengarkan murottal surah Ar-rahman . Berdasarkan data diatas dapat dilihat adanya Pengaruh Relaksasi nafas dalam kombinasi relaksasi mendengarkan murottal surah Ar-rahman terhadap penurunan tekanan darah sesudah diberikan intervensi inovasi.

Kata Kunci : Hipertensi, Relaksasi nafas dalam, murottal surah Ar-rahman, Tekanan Darah

¹ Mahasiswa Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Analysis of Nursing Practice in Patients with Hypertension with Innovation Interventions Relaxation Breathing and Relaxation Listening in Murottal Surah Ar-Rahman against Blood Pressure Drops in Space Hospital RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2018

Ahmad Robianto¹ Maridi M Dirdjo²

Hypertension is a silent killer which symptoms can vary in each individual and is similar to \ the symptoms of other diseases. The symptoms it is sa headaches / heaviness in the nape, mumet (vertigo), palpitations, easy tired, blurred vision, ringing in the ears (tinnitus), and nosebleeds. Scientific Writing End-Ners (MCH-N) aims to analyze the case under management in patients with hypertension by relaxing breath in combination terpi listen murottal Surah Ar-Rahman to a decrease in blood pressure in the Room ER Regional General Hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Intervention Effect innovation is used in combination relakasi Relaxation breath listen murottal surah Ar-Rahman.

Keywords: Hypertension, Relaxation breath in, murottal Surah Ar-Rahman, Blood Pressure

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan masalah kesehatan global yang membutuhkan perhatian karena dapat menyebabkan kematian utama di negara-negara maju maupun berkembang. Penduduk dunia yang mengalami hipertensi untuk pria sekitar 26,6 % dan wanita sekitar 26,1% dan diperkirakan pada tahun 2025 jumlahnya akan meningkat menjadi 29,2%. Prevalensi hipertensi di Indonesia terus terjadi peningkatan. Menurut data Kementerian RI tahun 2009 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi sebesar 29,6% dan meningkat menjadi 34,1% pada tahun 2010 (Apriany, 2012).

Tekanan darah tinggi atau hipertensi ditandai dengan meningkatnya tekanan darah secara tidak wajar dan terus-menerus karena rusaknya salah satu atau beberapa faktor yang berperan mempertahankan tekanan darah tetap normal (Ritu Jain, 2011). Badan kesehatan dunia atau WHO (world health organization) juga memberikan batasan bahwa seseorang dengan beragam usia dan jenis kelamin, apabila tekanan darahnya berada pada satuan 140/90 mmHg atau diatas 160/90 mmHg, maka ia sudah dapat dikategorikan sebagai penderita hipertensi (Rusdi dan Nurlaena Isnawati, 2009). Menurut American Heart Association {AHA}, penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan \gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, muntah (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Lima provinsi di Indonesia dengan prevalensi Hipertensi tertinggi yaitu Bangka Belitung jumlah penduduk 1.380.762 jiwa dengan persentase 30,9% 426,655 jiwa,

Kalimantan Selatan jumlah penduduk 3.913.908 jiwa dengan persentase 30,8% 1.205.483 jiwa, Kalimantan Timur jumlah penduduk 4.115.741 dengan persentase 29,6% 1.218.259 jiwa, Jawa Barat jumlah penduduk 46.300.543 dengan persentase 29,4% 13.612.359 jiwa, Gorontalo jumlah penduduk 1.134.498 dengan persentase 29,4% 33.542 jiwa. Peningkatan curah jantung pada hipertensi dapat terjadi dari berbagai faktor seperti genetik, aktivitas saraf simpatis, asupan garam dan metabolisme natrium dalam ginjal dan faktor endotel mempunyai peran dalam peningkatan tekanan darah. Akibat tingginya tekanan darah akan merusak pembuluh darah di seluruh tubuh, yang paling jelas terjadi pada mata, jantung, ginjal dan otak. Konsekuensi pada hipertensi yang lama tidak terkontrol adalah gangguan penglihatan, oklusi koroner, gagal ginjal dan stroke. Selain itu jantung juga dapat membesar dikarenakan dipaksa meningkatkan beban kerja saat memompa tingginya tekanan darah (Smeltzer & Bare, 2010).

Komplikasi jangka panjang tekanan darah tinggi berupa stroke, penyakit ginjal, gagal jantung, penyakit arteri koroner, jika bertahun-tahun darah terus-menerus lebih tinggi dari normal, seperti pada kasus hipertensi yang tidak diobati akan timbul kerusakan pada pembuluh arteri dan organ-organ yang memerlukan pasokan darah terutama jantung, otak, ginjal dan ini merupakan masalah kesehatan (Ritu Jain, 2011). Oleh karena itu, berbagai tindakan antisipasi dengan menerapkan kebiasaan-kebiasaan dan pola hidup positif menjadi penting untuk diterapkan (Rusdi dan Nurlaena Isnawati, 2009). Akan tetapi yang harus diingat bahwa sebagian efek buruk tekanan darah tinggi dapat dicegah jika tekanan darah dinormalkan kembali melalui perawatan tertentu, penting pula untuk dipahami bahwa faktor-faktor seperti merokok, kolesterol tinggi, dan diabetes dapat menyebabkan kerusakan yang sama kepada tubuh dan harus pula diawasi (Ritu Jain, 2011).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan adalah membantu penderita hipertensi untuk mempertahankan tekanan darah pada tingkat normal dan meningkatkan kualitas kesehatannya secara maksimal dengan cara memberi intervensi asuhan keperawatan, sehingga dapat terjadi perbaikan kesehatan. Dalam mengatasi hipertensi

dapat dilakukan 4 pengobatan farmakologis, pengobatan ini bersifat jangka panjang. Obat-obatan hipertensi berupa diuretik, betabloker, ACE inhibitor, angiotensin II receptor blocker, antagonis kalsium, vasodilator (Rusdi dan Nurlaena Isnawati, 2009).

Penatalaksanaan hipertensi terbagi dua yaitu, terapi farmakologis dan non farmakologis. Pengobatan hipertensi secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan mengubah gaya hidup yang lebih sehat, salah satunya terapi relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi dkk 2011, h. 127).

Relaksasi nafas dalam (deep breathing) pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonal (Izzo, 2008). Menurut Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional. Relaksasi nafas dalam juga akan membuat individu merasa rileks serta ketenangan dalam hati (Priharjo, 2003). Penelitian sebelumnya oleh Suwardianto (2011) tentang pengaruh relaksasi nafas dalam (deep breathing) terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi menunjukkan terjadi penurunan signifikan tekanan darah sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam. Peneliti menyimpulkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi melalui penurunan stres. Selain relaksasi nafas dalam, relaksasi dengan memasukkan unsur keyakinan dapat dilakukan oleh siapa saja yang yakin terhadap sesuatu dan dapat dipraktikkan oleh agama apa saja (Benson, 2000). Hamid (2012)

Penelitian Greenberg (2010) menyatakan dalam bukunya menyebutkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam akan memberikan hasil berupa respon relaksasi, setelah dilakukan minimal sebanyak tiga kali latihan.

Selain upaya tersebut, ada suatu upaya pengobatan yang termasuk dalam terapi nonfarmakologi yaitu terapi komplementer (pelengkap) yang bisa mempercepat proses penyembuhan. Ada beberapa terapi komplementer yang murah dan mudah serta dapat menurunkan tekanan darah terutama pada penderita hipertensi, antara lain terapi Tertawa, Teknik Relaksasi Otot Progresif, Aromaterapi dan Terapi Musik Klasik.

Namun, belum banyak yang mengetahui bahwa terapi musik Murottal Surah *Ar-Rahman* juga dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Terapi Murottal Surah *Ar-Rahman* ini juga merupakan terapi tanpa efek samping yang aman dan mudah dilakukan (Mayrani dan Hartati, 2013). Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon *endorfin* alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Siswantinah, 2011).

Berdasarkan data rekam medik diruang IGD RSUD A.W Sjahranie, didapatkan jumlah pasien hipertensi pada bulan januari 2018 sebanyak 77 orang, Februari 2018 sebanyak 63 orang, Maret 2018 sebanyak 79 pasien, April 2018 sebanyak 79 orang, Mei 2018 sebanyak 69 orang, dan Juni 2018 sebanyak 65 orang.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien hipertensi dengan intervensi inovasi terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah *Ar-rahman* terhadap penurunan tekanan darah diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien pasien hipertensi dengan intervensi inovasi terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah Ar-rahman terhadap penurunan tekanan darah diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan dengan klien hipertensi intervensi inovasi terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah Ar-rahman terhadap penurunan tekanan darah diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

a) Penulis mampu menganalisa masalah keperawatan dengan konsep teori terkait Hipertensi dengan metode penulisan

1) Pengkajian

2) Diagnosa Keperawatan (NANDA)

3) Intervensi Keperawatan (NOC)

4) Implementasi Keperawatan (NIC)

5) Evaluasi

b) Menganalisis kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa hipertensi diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

c) Menganalisis intervensi pemberian terapi relaksasi nafas dalam dan terapi

mendengarkan murottal surah Ar-rahman terhadap penurunan tekanan darah diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- d) Menganalisis hasil intervensi pemberian terapi terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah Ar-rahman terhadap penurunan tekanan darah diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat aplikatif

a. Pasien

Dapat menjadi terapi nonfarmakologi untuk mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi dan sangat mudah untuk dilakukan seharian-hari tanpa mengeluarkan biaya seta dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien.

b. Perawat/Tenaga Kesehatan

Dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan mandiri terapi nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah dan dapat diterapkan sebagai salah satu tindakan dalam pemberian keperawatan sebagai pendamping terapi farmakologi pada hipertensi.

2. Manfaat bagi keilmuan keperawatan

a. Manfaat bagi penulis

Menambah wawasan penulis tentang pengaruh pemberian terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah Ar-rahman pada pasien hipertensi dan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat.

b. Manfaat bagi rumah sakit

Diharapkan hasil KIA-N ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada klien hipertensi dengan hipertensi diruang IGD.

c. Manfaat bagi pendidikan

Hasil KIA-N ini dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa/mahasiswi dan dapat digunakan sebagai acuan dalam penulisan selanjutnya yang berhubungan dengan hipertensi dan dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu bagi profesi keperawatan khususnya tentang pemberian pemberian terapi relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal surah Ar-rahman pada pasien hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Hipertensi

1. Konsep Hipertensi

a. Definisi dan Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu kondisi paling umum yang terlihat pada saat primary care dan dapat mengakibatkan infark miokard, stroke, gagal ginjal, dan kematian jika tidak dideteksi dini dan tidak diobati dengan tepat (James et al., 2013). Menurut The Eight Report of the Joint National Committee (JNC VIII), hipertensi tingkat 1 adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari atau sama dengan 90 mmHg. Untuk memastikan keadaan tekanan darah yang sebenarnya maka harus dilakukan pengukuran tekanan darah minimal sebanyak dua kali. Hipertensi merupakan suatu keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut ke suatu organ target seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung) dan hipertropi ventrikel kiri/ left ventricle hypertrophy (untuk otot jantung). Dengan target utama otak, hipertensi mengakibatkan seseorang terkena stroke dan merupakan penyebab kematian yang tinggi (Bustan, 2007 dalam Mannan et al., 2012).

Hemodinamika adalah suatu keadaan dimana tekanan darah dan aliran darah dapat mempertahankan perfusi atau pertukaran zat di jaringan tubuh (Muttaqin, 2009). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140mmHg dan tekanan diastolik diatas 90mmHg. Hal ini terjadi bila kontriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan

jantung dan pembuluh darah (Udjianti, 2010). Hipertensi juga dikenal sebagai *heterogeneous group of disease* karena dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur, sosial, dan ekonomi (Depkes, 2008).

Hipertensi merupakan suatu kelainan, suatu gejala dari gangguan pada mekanisme regulasi tekanan darah (Tjay dan Rahardja, 2010).

b. Berikut merupakan klasifikasi hipertensi :

Tabel 2.1 : Klasifikasi Hipertensi Menurut *Seventh Report of the JNC*

Klasifikasi Tekanan Darah	<i>Seventh Report of the Joint National Committee</i>		
	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Prehipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi <i>stage 1</i>	140-159	Atau	90-99
Hipertensi <i>stage 2</i>	≥ 160	Atau	≥ 100

Tabel 2.2 : Klasifikasi Hipertensi Menurut *European Society of Hypertension*

Klasifikasi Tekanan Darah	<i>European Society of Hypertension</i>		
	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	Atau	80-84
Normal Tinggi	130-139	Atau	85-89
Hipertensi Derajat 1 (ringan)	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Derajat 2 (sedang)	160-179	Atau	100-109
Hipertensi Derajat 3 (berat)	≥ 180	Atau	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	dan	<90

SBP : Tekanan Darah Sistolik; DBP : Tekanan Darah Diastolik (Black & Elliott, 2007).

c. Angka kejadian Hipertensi

Jumlah penderita hipertensi meningkat setiap tahunnya. Jumlah penderita hipertensi di dunia mencapai 1 milyar orang. Para peneliti memperkirakan bahwa hipertensi berkontribusi pada hampir 9,4 juta kematian di dunia karena penyakit

kardiovaskuler setiap tahunnya (*WHO, 2013, world health day 2013*, ¶2, <http://http://www.who.int/mediacenter>, diperoleh tanggal 28 September 2013).

Berdasarkan data di Dinas Kesehatan Kota Samarinda Tahun 2006, hipertensi menduduki urutan ke-5 dari 10 besar penyakit yang ada di Kota Samarinda dengan persentase 8,3%. Sedangkan tahun 2009, hipertensi menempati peringkat ke-4 dari 10 besar penyakit dengan jumlah kasus mencapai 49.820 dan meningkat menjadi 56.035 kasus pada tahun 2012 (Dinas Kesehatan Samarinda, 2012)

2. Etiologi

Tekanan darah bergantung pada kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan tahanan perifer total (TPR). Peningkatan salah satu dari ketiga variabel yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi. (Corwin, 2009).

Setiap kemungkinan penyebab hipertensi yang disebutkan dapat terjadi akibat peningkatan aktivitas susunan saraf simpatis. Bagi banyak individu, peningkatan rangsangan saraf simpatis atau mungkin responsivitas yang berlebihan dari tubuh terhadap rangsangan simpatis normal, dapat ikut berperan menyebabkan hipertensi. Hal ini dapat terjadi akibat respon stres atau mungkin akibat kelebihan genetik. (Corwin, 2009).

a. Jenis jenis Hipertensi

Hipertensi sering diklasifikasikan menjadi hipertensi primer atau sekunder, berdasarkan ada tidaknya penyebab yang dapat diidentifikasi (Corwin, 2009). Selain itu, dikenal pula istilah hipertensi sistolik terisolasi yang sering ditemukan pada lansia (Gray, Dawkins, Morgan, & Simpson, 2008).

1) Hipertensi primer

Hipertensi primer disebut juga hipertensi essential atau idiopatik dan merupakan 95% dari kasus-kasus hipertensi (Gray, et al., 2007). Hipertensi primer adalah suatu kategori umum untuk peningkatan tekanan darah yang

disebabkan oleh beragam penyebab yang tidak diketahui dan bukan suatu entitas tunggal (Sherwood, 2012). Seseorang dapat memperlihatkan kecenderungan genetik yang kuat mengidap hipertensi primer, yang dapat dipercepat atau diperburuk oleh faktor kontribusi misalnya kegemukan, stres, merokok, atau kebiasaan makan (Sherwood, 2012).

2) Hipertensi sekunder

Hipertensi yang telah diketahui penyebabnya disebut hipertensi sekunder. Sekitar 5% kasus hipertensi telah diketahui penyebabnya, dan dapat dikelompokkan seperti dibawah ini (Gray, et al., 2007). Penyakit parenkim ginjal merupakan penyebab hipertensi sekunder sebesar 3%. Kerusakan parenkim ginjal dapat disebabkan oleh glomerulonefritis, pielonefritis, atau sebab-sebab penyumbatan (Gray, et al., 2007).

Penyebab lain dari hipertensi sekunder antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin dikelenjar adrenal yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup. Penyakit *cushing* menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan TPR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis. (Corwin, 2009).

3) Hipertensi sistolik terisolasi

Pria maupun wanita yang hidup lebih lama, 50% dari mereka yang berusia diatas 60 tahun akan menderita hipertensi sistolik terisolasi (TD sistolik 160 mmHg dan diastolik 90 mmHg). Karena risiko kardiovaskular meningkat sesuai usia, maka pasien usia lanjut dengan tekanan darah seperti ini akan lebih memerlukan terapi dari pada pasien usia lebih muda. Hanya sedikit data studi pada pasien yang lebih tua dari 80 tahun, tetapi jika terapi sudah dimulai pada usia lebih awal, maka seharusnya tetap dilanjutkan pada pasien manula ini (Gray, et al., 2007)

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula dari saraf simpatis, yang berkelanjutan ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thorax dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

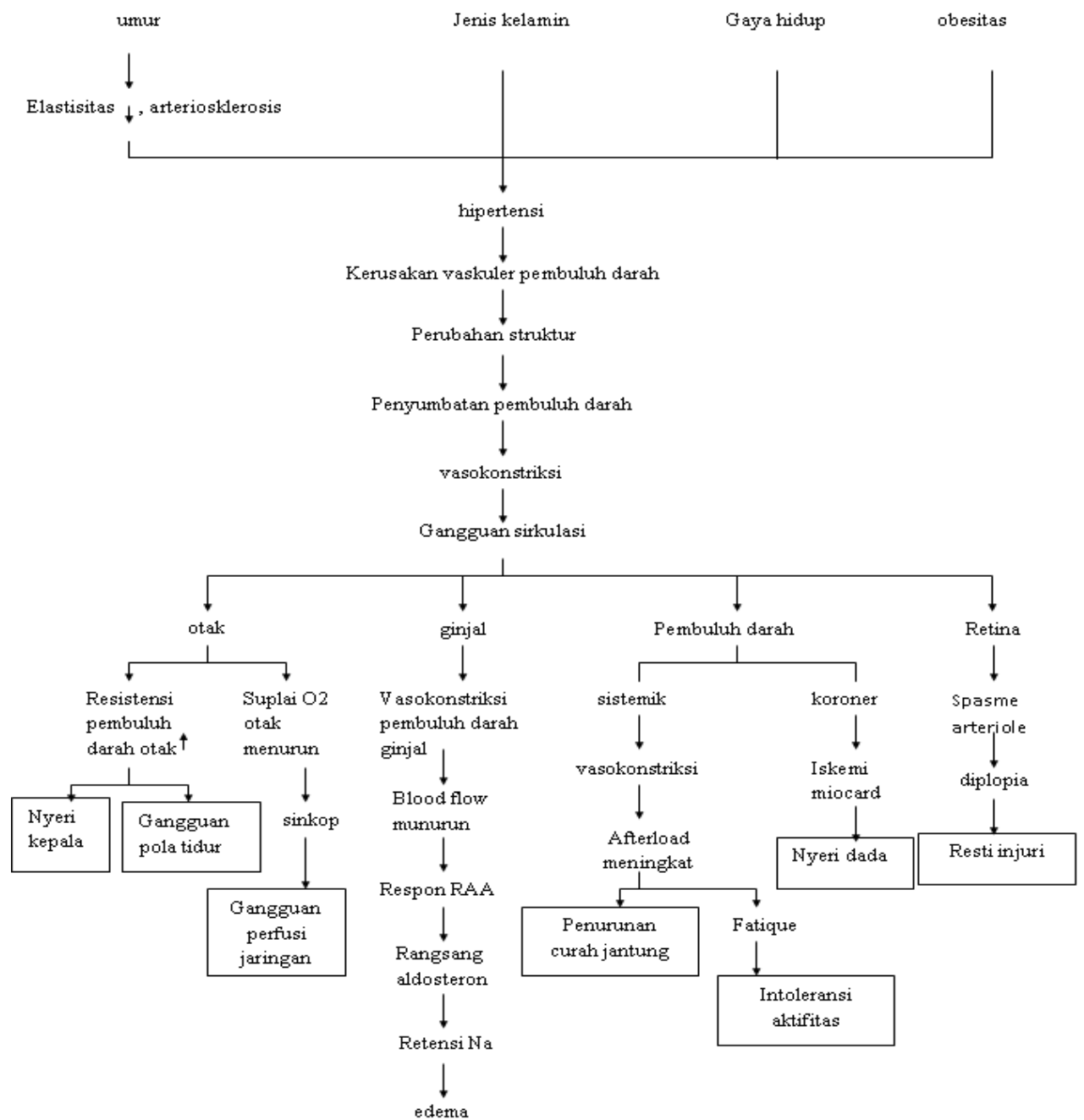
Pada titik ini neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Smeltzer ,2002, hal 898).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi.

Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal (Smeltzer ,2002, hal 898). Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pertimbangan gerontology, dimana terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang di pompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner dan Sudarth, 2011).

4. Pathway



5. Gambaran klinis Hipertensi

Gambaran yang paling utama adalah tekanan darah yang diatas normal (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg). Sebagian besar manifestasi klinis terjadi setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun, dan berupa (Corwin, 2009)

- a. Sakit kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranium.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan hipertensif pada retina.
- c. Cara berjalan yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

6. Tanda dan gejala

Penyakit ini sebagian besar diderita oleh seseorang tanpa merasakan gejala-gejalanya walaupun sudah dalam tahap yang serius. Oleh karena itu, penyakit ini sering disebut "*Silent Killer*" (pembunuh diam-diam). Sebesar 30% penderita di Amerika tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi. Tidak adanya gejala yang menyertai menyebabkan penderita sering tidak percaya diagnosis dokter dan tidak menjalankan terapi yang disarankan dokter (Cahyono, 2008).

Seseorang yang mengidap hipertensi bukan sekedar ditandai dengan perilaku sering marah, karena itu belum tentu hipertensi. Gejala awal hipertensi ialah rasa sakit disebelah belakang kepala (tengkuk) terutama pada saat fajar, yang hilang setelah siang hari. Bila telah mengenai jantung sering ditambah dengan rasa mudah kelelahan dan kadang-kadang nyeri dada. Marah-marah hanya dampak sekunder akibat sakit kepala tadi (Cahyono, 2008).

Tingginya tekanan darah yang lama tentu saja akan merusak pembuluh darah diseluruh tubuh, yang paling jelas mata, jantung, ginjal, dan otak. Maka konsekuensi yang biasa pada hipertensi yang lama tidak terkontrol adalah gangguan penglihatan, oklusi koroner, gagal ginjal, dan stroke. Selain itu jantung membesar karena dipaksa meningkatkan beban kerja saat memompa melawan tingginya tekanan darah (Smeltzer dan Bare, 2009).

7. Komplikasi Hipertensi

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tekanan tinggi.
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang aterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah.
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal.
- d. *Ensefalopati* (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial diseluruh susunan saraf pusat (Corwin, 2009).

8. Penatalaksanaan Hipertensi

Untuk mengobati hipertensi, dapat dilakukan dengan menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR. Intervensi farmakologis dan nonfarmakologis dapat membantu individu mengurangi tekanan darahnya (Corwin, 2009).

Secara farmakologis merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan yang dapat membantu menurunkan serta menstabilkan tekanan darah, serta menurunkan risiko

terjadinya komplikasi akibat hipertensi. Obat anti hipertensi dapat dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan cara kerjanya dalam tubuh.

- a) **Diuretik Tiazid** Diuretik tiazid seperti hidroklorotiazid sering diberikan sebagai terapi hipertensi baris pertama. Diuretik tiazid adalah diuretik dengan potensi menengah yang dapat menurunkan tekanan darah, dimulai dengan peningkatan ekskresi natrium dan air sehingga volume ekstrasel menurun diikuti dengan penurunan isi sekuncup jantung dan aliran darah ginjal (Mycek et al., 2001). Obat-obat ini melawan retensi natrium dan air yang dapat terjadi bersama obat lain yang digunakan dalam pengobatan hipertensi. Diuretik tiazid merupakan terapi kombinasi yang berguna dengan berbagai obat-obat anti hipertensi lain, termasuk beta blocker dan ACE inhibitor. Diuretik tiazid dapat diberikan secara oral, dan dimetabolisme di hati. Diuretik tiazid dapat diberikan pada orang kulit hitam maupun putih dan tidak efektif pada pasien dengan fungsi ginjal yang tidak adekuat (James et al., 2013). Diuretik tiazid dapat menimbulkan hipokalemia, hiperurikemi, dan hiperglikemi. Diuretik tiazid juga dapat mengganggu toleransi glukosa (resisten terhadap insulin) yang mengakibatkan peningkatan risiko diabetes melitus.
- b) **Diuretik Loop** Diuretika loop dapat bekerja dengan cepat termasuk pada pasien dengan fungsi ginjal yang kurang atau tidak responsif pada tiazid. Pemberian diuretika loop seperti furosemid dapat menyebabkan terjadinya penurunan resistensi vaskular ginjal dan meningkatkan aliran darah ginjal. Diuretika loop mampu 32 meningkatkan kadar kalsium urin, berbeda dengan diuretika tiazid yang menurunkan konsentrasi kalsium pada urin (Mycek et al., 2001).
- c) **Beta Blocker** Beta blocker memblok beta-adrenoseptor dan biasanya digunakan sebagai terapi hipertensi baris pertama. Reseptor diklasifikasikan menjadi reseptor beta-1 dan reseptor beta-2. Reseptor beta-1 dapat ditemukan di ginjal, dan utama pada jantung. Reseptor beta-2 dapat ditemukan di jantung, dan banyak terdapat pada paru-paru, pembuluh darah perifer, dan otot lurik. Reseptor beta juga dapat ditemukan di

otak. Stimulasi reseptor beta pada otak dan perifer akan menyebabkan peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis akibat pelepasan neurotransmitter. Efek akhirnya adalah peningkatan cardiac output, peningkatan tahanan perifer dan peningkatan sodium yang diperantarai aldosteron dan retensi air. Terapi beta blocker akan mengantagonis semua efek tersebut sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Beta blocker terdiri dari atenolol, labetalol, metoprolol, nadolol propranolol, dan timolol. Beta blocker menyebabkan beberapa efek samping. Efek samping terhadap sistem saraf pusat antara lain kelelahan, letargi, insomnia, dan halusinasi. Beta blocker juga dapat mengganggu metabolisme lipid, menurunkan lipoprotein HDL dan meningkatkan trigliserol plasma. Pemutusan pemberian beta blocker secara mendadak dapat menyebabkan fenomena rebound akibat regulasi naik dari reseptor beta. Beta blocker diekskresikan di hati atau ginjal tergantung sifat kelarutan obat dalam air atau lipid.

- d) ACE Inhibitor Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEi) adalah obat yang diberikan sebagai terapi anti hipertensi yang dianjurkan ketika obat baris pertama merupakan kontraindikasi atau tidak efektif. ACEi terdiri dari benazepril, kaptopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, moeksipril, quinapril, dan ramipril. ACEi menurunkan tekanan darah dengan mengurangi resistensi vaskular perifer tanpa meningkatkan curah jantung, kecepatan dan kontraktilitas. ACEi menghambat enzim pengkonversi angiotensin yang mengubah angiotensin I membentuk vasokonstriksi poten angiotensin II. Vasodilatasi terjadi sebagai akibat efek kombinasi vasokonstriksi yang lebih rendah yang disebabkan karena penurunan angiotensin II dan vasodilatasi dari peningkatan bradikinin. ACEi selain dapat menurunkan kadar angiotensin II, juga dapat menurunkan sekresi aldosteron sehingga menurunkan retensi natrium dan air (Mycek et al., 2001). ACEi memiliki efek samping seperti batuk, kulit merah, demam, perubahan rasa, hipotensi, dan hiperkalemia. Angioderma adalah efek samping dari pemberian ACEi yang jarang terjadi tetapi dapat menyebabkan

kematian. ACEi bersifat fetotoksik dan tidak boleh digunakan pada wanita hamil. ACEi diberikan di tempat praktik dokter dengan pengawasan.

- e) Antagonis Angiotensin II Nanopeptida losartan adalah penyekat reseptor angiotensin II yang sangat sensitif. Antagonis angiotensin II memiliki efek farmakologik yang sama dengan ACEi yaitu menimbulkan vasodilatasi dan menghambat sekresi aldosteron. Efek samping dari pemberian antagonis angiotensin II lebih ringan daripada ACEi meskipun juga memiliki sifat fetotoksik (Mycek et al., 2001).
- f) Calcium Channel Blocker Calcium channel blocker (CCB) adalah obat yang digunakan sebagai terapi anti hipertensi ketika obat-obatan baris pertama yang lebih disukai merupakan kontraindikasi atau tidak efektif. CCB diklasifikasikan menjadi 3 kelompok, yaitu difenilalkilamin, benzotiazepin, dihidropiridin. Difenilalkilamin terdiri dari verapamil yang penting untuk otot polos jantung atau vaskular. Verapamil digunakan untuk angina, takiaritmia supraventrikular dan sakit kepala migren. Benzotiazepin terdiri dari diltiazem yang penting untuk otot polos jantung dan vaskular. Dihidropiridin terdiri dari nifedipin, amlodipin, felodipin, isradipin, nikardipin, dan nisoldipin. Semua dihidropiridin memiliki afinitas lebih besar untuk kanal kalsium vaskular daripada kanal kalsium di jantung sehingga obat-obatan ini lebih baik untuk pengobatan hipertensi. CCB menghambat gerakan pemasukan kalsium dengan cara terikat pada kanal kalsium tipe L di jantung dan otot polos vaskular beristirahat, mendilatasi terutama arteriol (Mycek et al., 2001). Semua CCB dimetabolisme di hati. Efek samping yang muncul dapat berupa pusing, wajah memerah, gangguan gastrointestinal termasuk konstipasi.
- g) Alpha Blocker Alpha blocker memblok adrenoseptor alfa-1 perifer. Alpha blocker terdiri dari doksazosin, prazosin, dan terazosin. Obat-obat ini menurunkan resistensi vaskular perifer dan menurunkan tekanan darah arterial dengan menyebabkan relaksasi otot polos arteri dan vena. Obat-obatan ini dapat menyebabkan perubahan curah jantung, aliran darah ginjal, dan kecepatan filtrasi glomerulus sehingga takikardia jangka panjang dan pelepasan renin tidak terjadi. Efek samping

yang muncul dapat berupa hipotensi postural yang sering terjadi pada pemberian dosis pertama kali.

9. Faktor-faktor Risiko Hipertensi

Menurut Bustan, (2007) faktor risiko terjadinya hipertensi antara lain:

- 1) Usia tekanan darah cenderung meningkat dengan bertambahnya usia. Pada laki-laki meningkat pada usia lebih dari 45 tahun sedangkan pada wanita meningkat pada usia lebih dari 55 tahun.
- 2) Ras atau Etnik hipertensi bisa mengenai siapa saja bagaimanapun, biasa sering muncul pada etnik Afrika Amerika dewasa daripada kaukasia atau Amerika Hispanik
- 3) Jenis Kelamin Pria lebih banyak mengalami kemungkinan menderita hipertensi dari pada wanita
- 4) Kebiasaan gaya hidup tidak sehat yang dapat meningkatkan hipertensi, antara lain minum minuman beralkohol, kurang berolahraga, dan merokok.
 - a) Merokok merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan hipertensi, sebab rokok mengandung nikotin. Menghisap rokok menyebabkan nikotin terserap oleh pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan kemudian akan diedarkan hingga ke otak. Di otak, nikotin akan memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas epinefrin atau adrenalin yang akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan darah yang lebih tinggi. Tembakau memiliki efek cukup besar dalam peningkatan tekanan darah karena dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah . kandungan bahan kimia dalam tembakau juga dapat merusak dinding pembuluh darah. Karbon monoksida dalam asap rokok akan menggantikan ikatan oksigen dalam darah, hal tersebut mengakibatkan tekanan darah meningkat karena jantung dipaksa memompa untuk

memasukkan oksigen yang cukup kedalam organ dan jaringan tubuhnya.

- b) Kurangnya aktifitas fisik sangat mempengaruhi stabilitas tekanan darah. Pada orang yang tidak aktif melakukan kegiatan fisik cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, makin keras usaha otot jantung dalam memompa darah, makin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri sehingga meningkatkan tahanan perifer yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Kurangnya aktifitas fisik juga dapat meningkatkan risiko kelebihan berat badan yang akan menyebabkan risiko hipertensi meningkat. Studi epidemiologi membuktikan bahwa olahraga teratur memiliki efek antihipertensi dengan menurunkan tekanan darah sekitar 6-15 mmHg pada penderita hipertensi. Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi, karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga juga dikaitkan dengan peran obesitas pada hipertensi.

9. Tindakan Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan

yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana

tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantupasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

a. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun)

b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.

Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam

dokumentasi keperawatan

- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan /kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter, 2005). Potter (2005) juga menjelaskan tentang tujuan dalam pendokumentasian yaitu :

a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan(menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual,edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b. Tagihan financial

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatanmendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikanbagi pasien.

c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harusditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untukmengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untukmengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan danmerencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasaruntuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yangdiberikan dalam suatu institusi.

f. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri

terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

g. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu. Audit dan pemantauan

B. Terapi Nafas Dalam

a) Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut Resti (2014) relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Energi dapat dihasilkan ketika kita melakukan relaksasi nafas dalam karena pada saat kita menghembuskan nafas, kita mengeluarkan zat karbon dioksida sebagai kotoran hasil pembakaran dan ketika kita menghirup kembali, oksigen yang diperlukan tubuh untuk membersihkan darah masuk.

Menurut Brunner & Suddart (2001) tujuan nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas.

b) Manfaat dan Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Manfaat teknik relaksasi nafas dalam menurut Priharjo (2003) dalam Arfa (2014) adalah sebagai berikut :

1. Ketentraman hati.
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah.
3. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah.
4. Detak jantung lebih rendah.
5. Mengurangi tekanan darah.
6. Meningkatkan keyakinan.
7. Kesehatan mental menjadi lebih baik.

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional.

c) Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang.
2. Usahakan tetap rileks dan tenang.
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.

5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
 7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
 8. Usahakan agar tetap konsentrasi.
 9. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
 10. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.
- d) Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Tekanan Darah

Nafas dalam merupakan tindakan yang disadari untuk mengatur pernafasan secara dalam yang dilakukan oleh korteks serebri, sedangkan pernafasan spontan dilakukan oleh medulla oblongata. Nafas dalam dilakukan dengan mengurangi frekuensi bernafas 16-19 kali dalam satu menit menjadi 6-10 kali dalam satu menit. Nafas dalam yang dilakukan akan merangsang munculnya oksida nitrit yang akan memasuki paru-paru bahkan pusat otak yang berfungsi membuat orang menjadi lebih tenang sehingga tekanan darah yang dalam keadaan tinggi akan menurun. Oksida nitrit disintesis oleh enzim nitric oxide synthase (eNOS) endotel dari L-arginin. Peningkatan aktivitas dari eNOS dan produksi oksida nitrit dipengaruhi oleh faktor-faktor yang juga meningkatkan kalsium intraselular, dan juga termasuk mediator lokal. Mediator lokal tersebut adalah bradikinin, histamin, dan serotonin, serta beberapa neurotransmitter. Produksi nitrit oksida secara kontinu akan memodulasi resistensi vaskular, dan telah diketahui bahwa inhibisi eNOS menyebabkan peningkatan tekanan darah (Ward, 2005). Oksida nitrit merupakan vasodilator yang penting untuk mengatur tekanan darah dan dilepaskan secara kontinu dari endotelium arteri dan arteriol yang akan menyebabkan shear stress pada sel endotel akibat viskositas darah terhadap dinding vaskuler. Stres yang terbentuk mampu mengubah

bentuk sel endotel sesuai arah aliran dan menyebabkan peningkatan pelepasan nitrit oksida yang kemudian mengakibatkan pembuluh darah menjadi rileks, elastis dan mengalami dilatasi. Pembuluh darah yang rileks akan melebar sehingga sirkulasi darah menjadi lancar, tekanan vena sentral (central venous pressure, CVP) menurun, dan kerja jantung menjadi optimal. Penurunan CVP akan diikuti dengan penurunan curah jantung, dan tekanan arteri rerata. Vena memiliki diameter yang lebih besar daripada arteri yang ekuivalen dan memberikan resistensi yang kecil. Oleh karena itu vena disebut juga pembuluh kapasitans dan bekerja sebagai reservoir volume darah (Ward, 2005).

Relaksasi napas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi dkk 2011, h. 127). S

Patofisiologi hipertensi terjadi pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal memsekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriktor merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi (Brunner & Suddarth, 2002).

Dalam konsep keperawatan, penurunan tekanan darah pada hipertensi dapat menggunakan penatalaksanaan dengan penerapan non farmakologi, salah satunya teknik nafas dalam. Menurut (Audah, 2011) bernafas dengan cara dan pengendalian yang baik mampu memberikan relaksasi serta mengurangi stress.

Kerja dari terapi ini dapat memberikan peregangan kardiopulmonari (Izzo 2008, h.138). Stimulasi peregangan di arkus aorta dan sinus karotis diterima dan diteruskan oleh saraf vagus ke medula oblongata (pusat regulasi kardiovaskuler), dan selanjutnya terjadinya peningkatan refleksi baroreseptor. Impuls aferen dari baroreseptor mencapai pusat jantung yang akan merangsang saraf parasimpatis dan menghambat pusat simpatis, sehingga menjadi vasodilatasi sistemik, penurunan denyut dan kontraksi jantung. Perangsangan saraf parasimpatis ke bagian – bagian miokardium lainnya mengakibatkan penurunan kontraktilitas, volume sekuncup menghasilkan suatu efek inotropik negatif. Keadaan tersebut mengakibatkan penurunan volume sekuncup dan curah jantung. Pada otot rangka beberapa serabut vasomotor mengeluarkan asetilkolin yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK) Vol IX, No. 1, Maret 2016 ISSN 1978-3167 School of Health Science Muhammadiyah_Pekajangan_Pekalongan dan akibatnya membuat tekanan darah menurun (Muttaqin 2009, hh. 18-22).

C. Murottal al-qur'an

1. Definisi Terapi Murottal

Al-Qur'an merupakan firman Allah *Subhanallahu Wa ta'ala* yang diturunkan kepada Nabi Muhammad *Shallallahu 'alaihi Wa sallam* dengan perantara malaikat Jibril. Al-Qur'an dapat diartikan sebagai bacaan, Al-Qur'an merupakan petunjuk bagi orang yang beriman. Barang siapa yang membaca Al-Qur'an akan dibalas oleh Allah sebagai suatu kebaikan (Alzaky, 2011; Qodri, 2010). Al-Qur'an merupakan kitab orang Islam dan semata-mata bukan hanya kitab fikih yang membahas ibadah saja tetapi merupakan kitab yang membahas secara komprehensif baik bidang kesehatan atau kedokteran maupun bidang-bidang ilmu-ilmu lain (Sadhan, 2007). Al-Qur'an sendiri dibeberapa penjelasan secara ilmiah merupakan obat yang menyembuhkan dan menyehatkan manusia, baik penyakit jasmani maupun rohani. Hal ini berdasarkan sabda Rasulullah

Shallallahu 'alaihi Wa sallam berobatlah kalian dengan madu dan Al-Qur'an (Izzat & Arif, Kementerian Agama, 2011).

Menurut Anwar (2010) murottal Al-Qur'an akan memberikan efek ketenangan dalam tubuh sebab adanya unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi yang terkandung didalamnya. Rasa tenang ini kemudian akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. Temuan fakta ini semakin membuktikan bahwa terapi bacaan Al-quran akan memberikan ketenangan dan relaksasi bagi yang mendengarkan (Alkahel, 2011), yang berefek menurunkan tekanan darah.

Menurut Purna (2008) di kutip dalam Siswantinah (2011) Murottal adalah lantunan ayat-ayat Suci Al-Qur'an yang dilakukan oleh seorang Qori direkam serta di perdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis. Bacaan Al-Qur'an secara murottal mempunyai irama yang konstan, teratur dan tidak ada perubahan yang mendadak. Tempo murottal Al-Qur'an berada antara 60-70/menit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan kecemasan (Widayarti, 2011).

Terapi dengan lantunan murottal Al-Qur'an sudah berkembang dalam kalangan tertentu pemeluk agama Islam. Tujuan mereka bukan sebagai terapi suara, tetapi untuk mendekatkan diri kepada tuhan (Allah *Subhanallahu Wa ta'ala*). Terapi murottal Al-Qur'an dapat dilakukan terhadap orang dewasa dan anak-anak untuk mengetahui tanggapan otak ketika mendengarkan lantunan murottal Al-Qur'an (Abdurrochman, 2008).

Menurut Heru (2008) yang dikutip dari penelitian Siswantinah (2011) menjelaskan bahwa lantunan ayat suci Al-Qur'an dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorfinalami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut cemas dan tegang,

memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang baik.

2. Sejarah Murottal Al-Qur'an

Ahmed Elkadi, melakukan penelitian pada tahun 1985 tentang pengaruh Al-qur'an pada manusia dalam perspektif fisiologis dan psikologis yang terbagi menjadi 2 tahapan. Tahapan pertama bertujuan untuk menentukan kemungkinan adanya pengaruh Al-Qur'an pada fungsi organ tubuh sekaligus mengukur intensitas pengaruhnya (Mahmudi, 2011).

Hasil eksperimen pertama membuktikan bahwa 97% responden, baik muslim maupun non-muslim, baik yang mengerti bahasa arab maupun yang tidak, mengalami beberapa perubahan fisiologis yang menunjukkan tingkat ketegangan urat syaraf reflektif. Hasilnya membuktikan bahwa Al-Qur'an memiliki pengaruh mampu merelaksasi ketegangan urat syaraf tersebut. Fakta ini secara tepat terekam dalam *system detector elektronik* yang didukung komputer guna mengukur perubahan apapun dalam fisiologi (organ) tubuh (Mahmudi, 2011).

Penelitian tersebut mengungkapkan, bahwa ketegangan urat syaraf berpotensi mengurangi daya tahan tubuh yang disebabkan terganggunya keseimbangan fungsi organ dalam tubuh untuk melawan sakit atau untuk membantu proses penyembuhan. Untuk eksperimen kedua pada efek relaksasi yang ditimbulkan Al-Qur'an pada ketegangan syaraf beserta perubahan-perubahan fisiologis (Mahmudi, 2011).

3. Pengaruh murottal terhadap respons tubuh

Murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong rangsangan dari terapi murottal maka otak akan memproduksi zat kimia yang disebut zat *neuropeptide*. Molekul ini akan menyangkut kedalam reseptor-reseptor dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan (Abdurrochman, 2008).

Murottal mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan sistem syaraf simpatis. Sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem syaraf autonom tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar dari timbulnya respon relaksasi, yakni terjadi keseimbangan antara sistem syaraf simpatis dan parasimpatis (Asti, 2009). Kondisi yang rileks akan mencegah vasopasme pembuluh darah akibat perangsangan simpatis pada kondisi stress sehingga dapat meningkatkan perfusi darah (Upoyo, Ropi, dan Sitorus 2012).

Stimulan Al-Qur'an rata-rata didominasi oleh gelombang *delta*. Adanya gelombang *delta* ini mengindikasikan bahwa kondisi narkotika sebenarnya berada dalam keadaan yang sangat rileks. Stimulan terapi ini sering memunculkan gelombang *delta* di daerah *frontal* dan *central* baik sebelah kanan dan kiri otak. Adapun fungsi dari daerah *frontal* yaitu sebagai pusat intelektual umum dan pengontrol emosi, sedangkan fungsi dari daerah *central* yaitu sebagai pusat pengontrol gerakan-gerakan yang dilakukan.

Sehingga, stimulan Al-Qur'an ini dapat memberikan ketenangan, ketentraman dan kenyamanan narkotika (Abdurrochman, 2008). Mendengarkan ayat-ayat suci Al-Qur'an seorang muslim, baik mereka yang berbahasa arab maupun yang bukan, dapat merasakan perubahan fisiologi yang sangat besar.

Secara umum mereka merasakan adanya penurunan depresi, kesedihan, dan ketenangan jiwa (Siswantinah, 2011).

Mendengarkan murottal Al-Qur'an terdapat juga faktor keyakinan, yaitu agama Islam. Umat Islam mempercayai bahwa Al-Qur'an adalah kitab suci yang mengandung firman-firmanNya dan merupakan pedoman hidup manusia. Sehingga dengan mendengarkannya akan membawa subjek merasa lebih dekat dengan Tuhan serta menuntun subjek untuk mengingat dan menyerahkan segala permasalahan yang dimiliki kepada Tuhan, hal ini akan menambah keadaan rileks. Faktor keyakinan yang dimiliki seseorang mampu membawa keadaan yang sehat dan sejahtera, teori ini dikemukakan oleh Benson. Menurut Benson seseorang yang mempunyai keyakinan mendalam terhadap sesuatu akan lebih mudah mendapatkan respon relaksasi. Respon relaksasi ini dapat timbul karena terdapat suatu hubungan antara pikiran dengan tubuh (*mind-body connection*). Sehingga mendengar Bacaan Al-Qur'an dapat disebut juga relaksasi religius (Faradisi, 2009).

4. **Manfaat Murottal**

Menurut Heru (2008) manfaat dari murottal Al-Qur'an (mendengarkan bacaan ayat-ayat suci Al-Qur'an) antara lain:

- a. Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa.
- b. Lantunan ayat Al-Qur'an secara fisik mengandung suatu unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau.

Suara dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian dari

rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlancar pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktifitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik. Terapi bacaan Al-Qur'an dapat berpengaruh adanya perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung dan kadar darah pada kulit. Perubahan tersebut menunjukkan adanya relaksasi atau penurunan ketegangan urat saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya pelonggaran pembuluh nadi dan penambahan kadar darah dalam kulit, diiringi dengan penurunan frekuensi detak jantung. Terapi murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong oleh rangsangan dari luar (terapi Al-Qur'an), maka otak memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptide. Molekul ini mengangkut ke dalam reseptor-reseptor mereka yang ada di dalam tubuh dan akan memberikan umpan balik berupa kenikmatan atau kenyamanan (O'Riordon, 2002).

Pembacaan Al-Qur'an saja dapat membuat efek yang baik bagi tubuh, terlebih lagi jika pembacaan Al-Qur'an tersebut diperdengarkan dengan irama yang stabil dan dilakukan dengan tempo yang lambat serta harmonis, maka akan memunculkan ketenangan bagi pendengarnya dan dapat dijadikan penyembuh baik dari gangguan fisik maupun psikis. Berdasarkan hasil penelitian ini, secara tidak langsung terapi murottal Al-Qur'an dapat dijadikan sebagai penyembuh sakit seperti yang dikatan oleh Wahyudi (2012), bahwa Al-Qur'an sebagai penyembuh telah dilakukan dan dibuktikan, orang yang membaca Al-Qur'an atau mendengarkannya akan memberikan perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung dan perubahan kadar darah

pada kulit. Terapi musik murottal Al-Qur'an selama 10 menit, pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras, saat responden mendengarkan musik murottal Al-Qur'an amati reaksi responden. Al-Qur'an sebagai obat untuk orang-orang yang menderita sakit fisik maupun psikis.

Allah berfirman:

وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا ٨٢

Artinya: *Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian. (Q.S Al-Isra': 82).*

5. Surah Ar-Rahman

Ar-rahman yang berarti yang maha pemurah merupakan surat 55 di dalam Al Qur'an terdiri dari 78 ayat. Didalam surat ini terdapat ayat yang dijadikan acuan para dokter muslim untuk menangani masalah kesehatan yang dinyatakan sebagai "state of equilibrium" dan merupakan sumber terbaik pada prinsip sehat menurut islam. Banyak pendapat mengatakan bahwa surah Ar-Rahman merupakan surat kasih sayang.

Semua ayat dalam surat Ar-Rahman merupakan surat makiyyah yang mempunyai karakter ayat pendek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi bagi pendengar yang masih awam sekalipun (Sugihartono,2007). "Tidaklah suatu kaum berkumpul di salah satu rumah (mesjid) Allah, mereka membaca Alqur'an dan mempelajarinya, kecuali turun kepada mereka ketentraman, mereka diliputi dengan rahmat, malaikat menaungi mereka dan Allah menyebut-nyebut mereka pada makhluk yang ada disisinya". (HR. Muslim) dan Allah berfirman di dalam Alqur'an "Hai manusia, telah datang kepadamu kitab yang berisi pelajaran dari Tuhanmu dan

sebagai obat penyembuhan jiwa, sebagai petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman.”

a. Prosedur Pelaksanaan

- 1) Membaca “basmallah”
- 2) Posisikan klien berbaring dengan meletakkan tangan di perut atau di samping badan
- 3) Intruksikan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam 3 kali atau sampai pasien merasa rileks
- 4) Pasang headset yang sudah disambungkan ke HP di kedua telinga pasien
- 5) Nyalakan murottal sambil mengintruksikan klien untuk menutup mata
- 6) Intruksikan pasien untuk memfokuskan pikirannya pada lantunan ayat-ayat Al-Qur’an tersebut selama \pm 15 menit
- 7) Setelah selesai kemudian intruksikan pasien untuk membuka mata dan melakukan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali atau sampai pasien merasa rileks

b. Hal-hal yang perlu diperhatikan

- 1) Melakukan evaluasi tindakan
- 2) Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali teknik mendengarkan terapi Murottal Al-Qur’an jika nyeri

Membaca tahmid dan berpamitan dengan pasien

1. Perencanaan Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994). Rencana asuhan keperawatan yang di

rumuskan dengan tepat memfasilitasi konyunitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan pasien jangka panjang (Potter& Perry,1997)

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC Tujuan dan Kriteria Hasil	NIC Intervensi Keperawatan
1.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan: <ol style="list-style-type: none"> 1. kelelahan 2. hiperventilasi 3. syndrome hipoventilasi 4. nyeri 5. kelelahan otot pernapasan 	Status Pernapasan : Kepatenan Jalan Napas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam pola nafas tidak efektif tidak terjadi dengan kriteria hasil : Indikator: a. Frekuensi pernapasan b. Irama pernapasan c. Kedalaman inspirasi d. Kemampuan untuk membersihkan sekret (1) Penyimpangan berat dari rentang normal (2) Penyimpangan yang substasial dari rentang normal (3) Penyimpangan sedang dari rentang normal (4) Penyimpangan ringan dari rentang normal (5) Tidak ada penyimpangan dari rentang normal Status Pernapasan:	Manajemen Jalan Napas <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Buka jalan napas, menggunakan tehnik chin lift atau jaw thrust. 1.2 Posisikan pasien untuk memaksimalkan potensi ventilasi. 1.3 Identifikasi kebutuhan aktual pasien atau potensi penyisipan jalan napas. 1.4 Pasang oral atau nasopharyngeal airway. 1.5 Lakukan terapi fisik dada. 1.6 Keluarkan sekret dengan menganjurkan batuk atau dengan suction 1.7 Anjurkan bernapas dalam dan pelan; dan batuk 1.8 Instruksikan bagaimana batuk efektif 1.9 Bantu dengan spirometer insentif 1.10 Auskultasi suara napas, tidak ada area penurunan atau tidak ada ventilasi dan adanya suara yang baik 1.11 Lakukan suction pada endotracheal atau nasotracheal 1.12 Atur penggunaan bronchodilator 1.13 Ajarkan pasien bagaimana menggunakan inhaler yang diresepkan 1.14 Atur terapi aerosol 1.15 Atur terapi nebulizer ultrasonic 1.16 Atur kelembapan udara atau oksigen 1.17 Keluarkan benda asing dengan McGill

	<p>Ventilasi</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi pernapasan Irama pernapasan Kedalaman inspirasi Suara perkusi Tidal volume Kapasitas vital paru Temuan hasil X-ray dada Tes fungsi paru <p>(1)Penyimpangan berat dari rentang normal</p> <p>(2)Penyimpangan yang substasial dari rentang normal</p> <p>(3)Penyimpangan sedang dari rentang normal</p> <p>(4)Penyimpangan ringan dari rentang normal</p> <p>(5)Tidak ada penyimpangan dari rentang normal</p> <p>Tanda-tanda Vital</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> Suhu tubuh Denyut jantung apikal Irama jantung apikal Denyut nadi radial Frekuensi pernapasan Irama pernapasan Tekanan darah sistolik Tekanan darah diastolik Tekanan nadi Kedalaman inspirasi 	<p>forceps</p> <ol style="list-style-type: none"> Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan Posisikan untuk mengurangi dyspnea Monitor pernapasan dan status oksigenasi <p>Ventilasi Mekanis</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor kejadian gagal napas Monitor kelelahan otot pernapasan Konsul dengan tim kesehatan lain dalam memilih mode ventilator Monitor secara rutin setting ventilator Cek semua koneksi ventilator secara teratur Gunakan teknik aseptik Monitor tekanan ventilator dan suara napas Lakukan fisioterapi dada Lakukan suction berdasarkan pada suara napas dan atau peningkatan tekanan inspirasi Berikan perawatan oral secara rutin <p>Memonitor Tanda-tanda Vital</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan Monitor tekanan darah setelah pemberian obat Monitor irama dan frekuensi denyut jantung Monitor suara jantung Monitor irama dan frekuensi pernapasan Monitor suara paru Monitor pulse oximetry Monitor ketidaknormalan pola napas Monitor cyanosis sentral dan perifer Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vital
--	---	---

		<p>(1)Penyimpangan berat dari rentang normal</p> <p>(2)Penyimpangan yang substasial dari rentang normal</p> <p>(3)Penyimpangan sedang dari rentang normal</p> <p>(4)Penyimpangan ringan dari rentang normal</p> <p>(5)Tidak ada penyimpangan dari rentang normal</p>	
2	Resiko penurunan curah jantung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 60 mnt diharapkan masalah penurunan curah jantung tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>NOC : Status Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistole (4) - Tekanan darah diastole (4) - Takanan nadi (4) - Capillary refill (5) - Urin output - Sturasi oksigen - Distensi vena leher - Kelelahan - Wajah pucat - Kekuatan nadi karotis kanan/kiri - Kekuatan nadi brakialis kanan/kiri - Kekuatan nadi femoralis kanan/kiri <p>Keterangan Skala target:</p> <p>1: deviasi berat</p> <p>2: deviasi cukup berat</p> <p>3: deviasi sedang</p> <p>4: deviasi ringan</p> <p>5: tidak ada deviasi</p>	<p>NIC : Pengaturan Hemodinamik</p> <p>1.1 lakukan penilaian komprehensif terhadap status hemodinamik (yaitu, memeriksa tekanan darah, denyut jantung, denyut nadi, tekanan vena jugularis, tekanan vena sentral, atrium kiri dan kanan, tekanan ventrikel dan tekanan arteri pulmonalis), dengan tepat</p> <p>1.2 kurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat dan perbaiki setiap kesalah pahaman</p> <p>1.3 jelaskan tujuan perawatan dan bagaimana kemajuan akan diukur</p> <p>1.4 tentukan status perfusi (yaitu, apakah pasien merasa dingin, suam-suam kuku, atau hangat?)</p> <p>1.5 monitor denyut nadi perifer, pengisian kapiler, suhu dan warna ekstremitas</p> <p>1.6 tinggikan kepala tempat tidur</p> <p>1.7 tinggikan kaki tempat tidur</p> <p>1.8 minimalkan stress lingkungan</p>
3	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa	<p>Acceptance: health status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6</p>	<p>NIC:</p> <p>Hyperglycemia management</p> <p>1.1 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia:</p>

<p>darah</p> <p>Definisi: Risiko terhadap variasi kadar glukosa atau gula darah dari rentang normal</p> <p>Faktor risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes (mis: rencana tindakan) 2. Tingkat perkembangan 3. Asupan diet 4. Pemantauan asupan gula darah yang tepat 5. Kurang penerimaan terhadap diagnosis 6. Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes (mis: mematuhi rencana tindakan) 7. Kurang manajemen diabetes (mis: 	<p>jam risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melepaskan konsep kesehatan sebelumnya b. Mengenal kesehatan saat ini c. Melaporkan melihat diri secara positif d. Mempertahankan hubungan e. Melaporkan penerimaan terhadap kesehatan f. Menerapkan perubahan tentang status kesehatan g. Keadaan tenang dan kooperatif h. Mengatasi keadaan penyakitnya i. Membuat keputusan tentang kesehatan j. Klarifikasi nilai diri k. Klarifikasi prioritas hidup <p>1. Melakukan perawatan diri</p> <p>Skala:</p> <p>1= tidak pernah</p> <p>2= jarang</p> <p>3= kadang-kadang</p> <p>4= sering</p> <p>5= selalu</p> <p>Blood glucose level</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kadar gula darah b. Glikosylated 	<p>poliuri, poli dipsi, poli phagia, kelemahan, lesu, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2 Monitor urine keton jika ada indikasi 1.3 Monitor ABG, elektrolit dan level betahydroxybutirate jika ada 1.4 Monitor TD otostatik dan nadi jika ada indikasi 1.5 Berikan insulin sesuai advis 1.6 Dorong asupan cairan per oral 1.7 Monitor status cairan (intake dan output) secara tepat 1.8 Pelihara jalur IV secara tepat 1.9 Berikan cairan IV jika perlu 1.10 Berikan potasium sesuai advis 1.11 Konsultasi dokter jika ada tanda dan gejala hiperglikemi menetap atau memburuk 1.12 Bantu ambulasi jika terjadi hipotensi ortostatik 1.13 Beri oral higiene jika perlu 1.14 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.15 Antisipasi situasi pemberian insulin jika ada peningkatan kadar gula darah 1.16 Batasi latihan ketika gula darah >250 mg/dl khususnya adanya keton pada urine 1.17 Dorong pasien mengontrol level gula darah 1.18 Bantu pasien menginterpretasikan level gula darah 1.19 Ulang penjelasan tentang gula darah bersama pasien dan keluarga 1.20 Ajarkan penilaian urine keton jika perlu 1.21 Periksa level gula darah oleh anggota keluarga <p>Hypoglycemia management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.22 Identifikasi pasien yang berisiko terkena hipoglikemia 1.23 Tentukan tanda dan gejala hipoglikemia
---	--	---

	rencana tindakan)	hemaglobin	1.24 Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi
8. Manajemen pengobatan		c. Fruktosamin	1.25 Monitor tanda dan gejala hipoglikemia: shakiness, tremor, berkeringat, nervousness, ansietas, irritability (mudah marah), tidak sabaran, takikardia, palpitasi, chills (menggigil), clamminess, kepala terasa ringan, pucat, lapar, mual, sakit kepala, kelelahan, mengantuk, kelemahan, hangat, pusing, faintness (tidak sadarkan diri), penglihatan kabur, mimpi buruk, mengigau dalma tidur, paresthesia, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan berbicara, inkoordinasi, perubahan perilaku, bingung, coma, kejang.
9. Status kesehatan mental		d. Glukose urine	1.26 Berikan karbohidrat sederhana jika ada indikasi
10. Tingkat aktivitas fisik		e. Ketone urine	1.27 Beri karbohidrat kompleks dan protein jika ada indikasi
11. Status kesehatan fisik		Skala:	1.28 Berikan glucagon jika ada indikasi
12. Kehamilan		1= sangat berat	1.29 Hubungi pelayanan gawat darurat jika perlu
13. Kecepatan periode pertumbuhan		2= berat	1.30 Beri glukosa per IV jika ada indikasi
14. Stres		3= sedang	1.31 Pertahankan jalan napas pasien jika perlu
15. Peningkatan berat badan		4= ringan	1.32 Pertahankan akses vena
16. Penurunan berat badan		5= normal	1.33 Lindungi dari injuri
		Knowledge: diabetes management	1.34 Kaji ulang kejadian hipoglikemia dan kemungkinan penyebabnya
		a. Penyebab dan faktor pendukung	1.35 Instruksikan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala, faktor resiko dan penanganan hipoglikemia
		b. Tanda dan gejala awal penyakit	1.36 Instruksikan pasien untuk selalu menyediakan karbohidrat sederhana
		c. Peran diet dalam mengontrol gula darah	1.37 Intruksikan pasien untuk menjaga keseimbangan diet, insulinatau obat oral dan latihan
		d. Strategi untuk patuh pada diet	1.38 Dorong pasien memonitor kadar gula darah secara mandiri
		e. Peran latihan dalam mengontrol gula darah	1.39 Informasikan kepada pasien risiko peningkatan kejadian hipoglikemia dengan
		f. Peran tidur dalam mengontrol gula darah	
		g. Hiperglikemia dan tandanya	
		h. Pencegahan hiperglikemia	
		i. Prosedur tindak lanjut hiperglikemia	
		j. Hipoglikemia dan tandanya	
		k. Pencegahan hipoglikemia	
		l. Prosedur tindak lanjut hipoglikemia	

		<p>m. Penting menjaga kadar gula darah dalam rentang normal</p> <p>n. Efek sakit akut akibat nilai gula darah</p> <p>o. Melakukan respon terhadap kadar gula darah</p> <p>p. Mengetahui cara penggunaan insulin</p> <p>q. Tehnik tepat menyusun dan memberikan insulin</p> <p>r. Rencana untuk berpindah atau rotasi tempat injeksi</p> <p>s. Awal, puncak dan lamanya insulin bekerja</p> <p>t. Tepat membuang syringe dan needle</p> <p>u. Mengetahui pengobatan oral</p> <p>v. Tepat penyimpanan obat</p> <p>w. Efek terapi pengobatan</p> <p>x. Efek samping obat</p> <p>Skala:</p> <p>1= tidak tahu</p> <p>2= pengetahuan terbatas</p> <p>3= pengetahuan sedang</p> <p>4= pengetahuan baik</p> <p>5= pengetahuan luas</p>	<p>terapi yang intensif dan kadar gula darah yang normal</p> <p>Teaching : disease Process</p> <p>1.40 Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>1.41 Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</p> <p>1.42 Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>1.43 Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat</p> <p>1.44 Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat</p> <p>1.45 Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</p> <p>1.46 Hindari harapan yang kosong</p> <p>1.47 Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</p> <p>1.48 Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</p> <p>1.49 Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>1.50 Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan</p> <p>1.51 Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat</p> <p>1.52 Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat</p> <p>1.53 Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.</p>
4	Defisiensi	1. Knowledge: Health	Health education (Pendidikan Kesehatan)

<p>Pengetahuan Batasan Karakteristik :</p> <p>a. Perilaku hiperbola</p> <p>b. Ketidakakuratan mengikuti perintah</p> <p>c. Ketidakakuratan melakukan tes</p> <p>d. Perilaku tidak tepat (mis: histeria, bermusuhan, agitasi, apatis)</p> <p>e. Pengungkapan masalah</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>a. Keterbatasan kognitif</p> <p>b. Salah interpretasi informasi</p> <p>c. Kurang pajanan</p> <p>d. Kurang minat dalam belajar</p> <p>e. Kurang dapat mengingat</p> <p>f. Tidak familiar dengan sumber informasi</p>	<p>Behavior (Pengetahuan: Perilaku Sehat)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam defisiensi pengetahuan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Praktik gizi sehat dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>b. Keuntungan dari aktivitas dan latihan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>c. Strategi untuk mengatur stres dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>d. Pola tidur-bangun normal dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>e. Metode keluarga berencana dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>f. Dampak yang merugikan kesehatan dari penggunaan tembakau dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>g. Dampak yang merugikan kesehatan dari penyalahgunaan alkohol dengan skala 5</p>	<p>1.1 Kenali faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau menurunkan motivasi perilaku sehat</p> <p>1.2 Tentukan konteks pribadi dan sejarah sosial budaya individu, keluarga, atau komunitas perilaku sehat</p> <p>1.3 Tentukan pengetahuan kesehatan saat ini dan perilaku gaya hidup individu, keluarga, dan target kelompok</p> <p>1.4 Bantu individu, keluarga, dan komunitas untuk menjelaskan nilai dan kepercayaan kesehatan</p> <p>1.5 Kenali karakteristik dari target populasi yang mempengaruhi strategi seleksi pembelajaran</p> <p>1.6 Rumuskan tujuan dari program pendidikan kesehatan</p> <p>1.7 Kenali sumber (misalnya: personal, ruang, peralatan, dan uang) yang dibutuhkan untuk mengadakan program</p> <p>1.8 Pertimbangkan aksesibilitas, pilihan konsumen, dan biaya dalam rencana program</p> <p>1.9 Letakkan secara strategis iklan yang menarik untuk mendapatkan perhatian dari masyarakat</p> <p>1.10 Hindari untuk menggunakan tehnik menakuti sebagai strategi untuk memotivasi orang lain untuk mengganti perilaku atau gaya hidup sehat</p> <p>1.11 Tekankan segera keuntungan jangka pendek kesehatan yang dapat diterima dari gaya hidup positif dari pada keuntungan jangka panjang atau dampak negatif ketidakpatuhan</p> <p>1.12 Gabungkan strategi untuk meningkatkan harga diri target masyarakat</p> <p>1.13 Kembangkan materi edukasi tertulis pada tingkat membaca yang tepat untuk target masyarakat</p>
---	---	---

		<p>(pengetahuan secara luas)</p> <p>h. Dampak yang merugikan kesehatan dari penggunaan obat-obat terlarang dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>i. Penggunaan yang aman obat resep dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>j. Penggunaan yang aman obat non resep dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>k. Pengaruh dari penggunaan kafein dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>l. Strategi untuk mengurangi risiko kecelakaan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>m. Strategi untuk menghindari paparan bahaya lingkungan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>n. Strategi untuk mencegah pengeluaran penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>o. Layanan promosi</p>	<p>1.14 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku tidak sehat atau mengambil risiko daripada menyarankan untuk menghindari atau mengganti perilaku</p> <p>1.15 Jaga penyajian yang terfokus, singkat, dan dimulai serta diakhiri pada tujuan utama</p> <p>1.16 Gunakan grup presentasi untuk menyediakan dukungan dan mengurangi ancaman terhadap peserta didik yang mengalami masalah yang sama atau perhatian yang tepat</p> <p>1.17 Gunakan dosen untuk menyampaikan jumlah maksimum informasi yang sesuai</p> <p>1.18 Gunakan grup diskusi dan aturan main untuk mempengaruhi keyakinan kesehatan, sikap, dan nilai</p> <p>1.19 Gunakan demonstrasi atau demonstrasi kembali, partisipasi, partisipasi peserta didik, dan ubah materi ketika mengajarkan kemampuan psikomotorik</p> <p>1.20 Gunakan intruksi komputer, televisi, video interaktif dan teknologi lainnya untuk menyampaikan informasi</p> <p>1.21 Gunakan telekonferensi, telekomunikasi, dan teknologi komputer untuk pembelajaran jarak jauh</p> <p>1.22 Libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam merencanakan dan mengimplementasikan rencana untuk perubahan gaya hidup dan perilaku sehat</p> <p>1.23 Tekankan dukungan keluarga, rekan dan komunitas untuk menyampaikan perilaku sehat</p> <p>Teaching: Disease Process (Pembelajaran: Proses Penyakit)</p> <p>1.24 Nilai tingkat pengetahuan pasien saat ini yang berhubungan dengan proses penyakit yang spesifik</p>
--	--	---	---

		<p>kesehatan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>p. Layanan perlindungan kesehatan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>q. Tehnik melindungi diri dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>2. Knowledge: Disease Process (Pengetahuan: Proses Penyakit) Indikator:</p> <p>a. Proses penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>b. Faktor penyebab dan pendukung dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>c. Faktor resiko dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>d. Dampak penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>e. Tanda dan gejala penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>f. Pelajaran</p>	<p>1.25 Jelaskan tentang patofisiologi penyakit dan bagaimana itu berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan tepat</p> <p>1.26 Ulas pengetahuan pasien tentang kondisinya</p> <p>1.27 Benarkan pengetahuan pasien tentang kondisinya</p> <p>1.28 Jelaskan tanda-tanda umum dan gejala penyakit dengan tepat</p> <p>1.29 Periksa bersama pasien apa yang telah dilakukannya untuk mengatasi gejalanya</p> <p>1.30 Jelaskan proses penyakit dengan tepat</p> <p>1.31 Kenali kemungkinan etiologi dengan tepat</p> <p>1.32 Berikan informasi pada pasien tentang kondisinya dengan tepat</p> <p>1.33 Kenali perubahan kondisi fisik pasien</p> <p>1.34 Bagikan keluarga atau orang yang terdekat dengan informasi perkembangan pasien</p> <p>1.35 Bagikan informasi tentang diagnosis yang tersedia dengan tepat</p> <p>1.36 Diskusikan perubahan gaya hidup yang dibutuhkan untuk mencegah komplikasi di masa mendatang dan atau mengontrol proses penyakit</p> <p>1.37 Diskusikan pilihan terapi pengobatan</p> <p>1.38 Jelaskan alasan dibalik rekomendasi manajemen atau terapi atau pengobatan</p> <p>1.39 Anjurkan pasien untuk mencari pilihan atau mendapatkan pilihan kedua yang sesuai</p> <p>1.40 Jelaskan kemungkinan komplikasi kronis yang sesuai</p> <p>1.41 Instruksikan pasien untuk memperkirakan agar mencegah atau meminimalkan efek samping dari pengobatan penyakit dengan tepat</p> <p>1.42 Instruksikan pasien untuk memperkirakan agar mengontrol atau meminimalkan gejala dengan tepat</p> <p>1.43 Cari kemungkinan sumber atau dukungan</p>
--	--	--	--

		<p>sederhana dari proses penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>g. Strategi untuk meminimalisir perkembangan penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>h. Komplikasi penyakit yang potensial dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>i. Tanda dan gejala dari komplikasi penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>j. Tindakan untuk mencegah komplikasi penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>k. Dampak psikososial dari penyakit terhadap diri sendiri dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>l. Dampak psikososial dari</p>	<p>yang sesuai</p> <p>1.44 Arahkan pasien kepada komunitas local atau kelompok pendukung yang sesuai</p> <p>1.45 Instruksikan pasien dengan tanda dan gejala untuk melaporkannya ke penyedia layanan kesehatan yang sesuai</p> <p>1.46 Sediakan nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi komplikasi</p> <p>Learning Fasilitation (Fasilitas Belajar)</p> <p>1.49 Mulailah instruksi hanya setelah pasien menyatakan kesiapan belajar</p> <p>1.50 Kenali tujuan belajar secara jelas dan dapat diukur atau diamati</p> <p>1.51 Bagikan informasi secara tepat untuk tingkat perkembangan</p> <p>1.52 Sediakan lingkungan untuk belajar</p> <p>1.53 Gunakan bahasa yang familiar</p> <p>1.54 Anjurkan partisipasi aktif dari pasien</p> <p>1.55 Siapkan materi yang ada dan terbaru</p> <p>1.56 Ulangi informasi yang penting</p> <p>1.57 Bagikan materi pembelajaran untuk mengilustrasikan hal yang penting atau informasi yang kompleks</p> <p>1.58 Jaga sesi pembelajaran yang singkat secara tepat</p> <p>1.59 Jelaskan terminology yang kurang familiar</p> <p>1.60 Hubungkan isi yang baru terhadap pengetahuan sebelumnya dengan tepat</p> <p>1.61 Kenalkan pasien kepada orang yang mengalami hal yang sama</p> <p>1.62 Hindari pengaturan pembatasan waktu</p> <p>1.63 Gunakan berbagai model pembelajaran yang sesuai</p> <p>1.64 Gunakan demonstrasi dan demonstrasi kembali secara tepat</p> <p>1.65 Sediakan kesempatan untuk berlatih dengan tepat</p> <p>1.66 Sediakan feedback berkala tentang perkembangan belajar</p>
--	--	--	--

		<p>penyakit terhadap keluarga dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>m. Keuntungan dari manajemen penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>n. Tersedianya kelompok pendukung dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>o. Sumber terpercaya tentang informasi yang spesifik dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>3. Knowledge: Illness Care (Pengetahuan: Perawatan Penyakit)</p> <p>a. Diet yang direkomendasikan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>b. Proses penyakit yang spesifik dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>c. Tehnik konservasi energi dengan</p>	<p>1.67 Koreksi kesalahpahaman informasi dengan tepat</p> <p>1.68 Sediakan waktu bagi pasien untuk bertanya dan berdiskusi</p> <p>1.69 Jawab pertanyaan dengan jelas</p>
--	--	---	--

		<p>skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>d. Pencegahan dan control infeksi dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>e. Penggunaan obat resep yang tepat dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>f. Menentukan aktivitas dan latihan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>g. Prosedur pengobatan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>h. Regimen pengobatan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>i. Sumber layanan kesehatan yang terpercaya dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p>	
--	--	---	--

5	<p>Toleransi terhadap aktifitas</p> <p>Definisi</p> <p>ketidakcukupan energi psikologi atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <p>1. Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas</p> <p>2. Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas</p> <p>3. Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia</p> <p>4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia</p> <p>5. Ketidaknyamanan setelah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi dari skala bermasalah (1) meningkat menjadi tidak bermasalah (5) dengan criteria hasil :</p> <p>a. Intoleransi aktivitas</p> <p>b. Saturasi oksigen saat beraktivitas</p> <p>c. Denyut nadi saat beraktivitas</p> <p>d. Frekuensi pernafasan saat beraktivitas</p> <p>e. Kesulitan bernafas saat beraktivitas</p> <p>f. Tekanan darah sistol saat aktivitas</p> <p>g. Tekanan darah diastole saat aktivitas</p> <p>h. Menemukan masalah pada EKG</p> <p>i. Warna kulit</p> <p>j. Langkah saat berjalan kaki</p> <p>10) Distensi (jarak) melangkah</p> <p>k. Toleransi menaiki tangga</p> <p>l. Kenaikan Kekuatan tubuh</p> <p>m. Penurunan Kekuatantubuh</p> <p>n. Mengurangi untuk dilatih dan menunjukkan kekuatan aktivitas setiap hari</p> <p>o. Mampu berbicara saat</p>	<p>Activity tolerance</p> <p>1.1 Berkolaborasi dengan teman sejawat dalam perencanaan dan monitoring program kegiatan yang sesuai.</p> <p>1.2. Menentukan komitmen pasien untuk meningkatkan frekuensi dari berbagai kegiatan</p> <p>1.3. Membantu untuk mengeksplorasi keinginan diri pasien dari aktivitas biasa (kerja) dan kegiatan rekreasi favorit</p> <p>1.4. Membantu memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan fisik, psikologis, dan social</p> <p>1.5. Membantu untuk fokus pada aktivitas apa yang pasien dapat lakukan, bukan pada deficit</p> <p>1.6. Membantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber daya yang diperlukan untuk kegiatan atau aktivitas yang diinginkan</p> <p>1.7. Membantu untuk mendapatkan transportasi kegiatan yang sesuai</p> <p>1.8. Membantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas atau kegiatan</p> <p>1.9. Membantu pasien untuk mengidentifikasi kegiatan yang berarti</p> <p>1.10. Membantu pasien untuk menjadwalkan waktu khusus untuk kegiatan pengalihan</p> <p>1.11. Membantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan ketika aktivitas</p> <p>1.12. Menginstruksikan pasien atau keluarga tentang peran aktivitas fisik, sosial, spiritual dankognitif</p> <p>1.13. Menginstruksikan pasien atau keluarga untuk melakukan aktivitas yang diinginkan atau diresepkan</p> <p>1.14. membantupasien atau keluarga untuk beradaptasi lingkungan dalam mengakomodasi kegiatan yang diinginkan</p>
---	--	---	---

beraktivitas	<p>6. Menyatakan merasa letih</p> <p>7. Menyatakan merasa lemah</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>1. Tirah baring</p> <p>2. Kelemahan umum</p> <p>3. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>4. Imobilitas</p> <p>5. Gaya hidup monoton</p>	<p>beraktivitas</p> <p>Status perawatan diri :</p> <p>a. Mampu mandi</p> <p>b. Mampu memakai baju</p> <p>c. Mampu mempersiapkan makanan dan minuman untuk makan</p> <p>d. Menjaga kebersihan diri</p> <p>e. Menjaga kebersihan mulut</p> <p>f. Toilet secara mandiri</p> <p>g. Mengelola obat non-parenteral sendiri</p> <p>h. Mengelola obat parenteral sendiri</p> <p>i. Melakukan pekerjaan rumah tangga</p> <p>j. Mengelola keuangan rumah tangga</p> <p>k. Mengatur transportasi sendiri</p> <p>l. Memperoleh barang-barang rumah tangga yang diperlukan</p> <p>m. Mengakui kebutuhan keamanan di rumah</p> <p>Self-care : activities of daily living (ADL)</p> <p>a. Makan</p> <p>b. Berpakaian</p> <p>c. Toilet</p> <p>d. Mandi</p> <p>e. Perawatan</p> <p>f. Kebersihan</p> <p>g. Kebersihan mulut</p> <p>h. Berjalan</p> <p>i. Mobilitas kursi roda</p> <p>j. Kinerja transfer</p>	<p>1.15. memfasilitasi substitusi aktivitas ketika pasien memiliki keterbatasan dalam waktu, tenaga, atau gerakan.</p> <p>1.16. Merujuk pada pusat-pusat komunitas atau program kegiatan</p> <p>1.17. Membantu dengan kegiatan rutin fisik (ambulation, mengubah, dan perawatan pribadi) sesuai kebutuhan</p> <p>1.18. Menyediakan kegiatan motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>1.19. Memberikan pernyataan positif bagi peserta dalam kegiatan</p> <p>1.20. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan self-reinforcement</p> <p>1.21. Memantau respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual dengan aktivitas</p> <p>1.22. Membantu pasien atau keluarga untuk memantau kemajuan pasien terhadap pencapaian tujuan Activity terapi</p> <p>1.23 Mendapatkan medis yang jelas untuk melembagakan rencana latihan peregangan, sesuai kebutuhan</p> <p>1.24 Membantu mengembangkan tujuan jangka pendek dan panjang yang realistis, berdasarkan tingkat gaya hidup saat ini</p> <p>1.25 Memberikan informasi tentang penuaan terkait perubahan struktur neuromuskuloskeletal dan efek dari kurangnya aktivitas</p> <p>1.26 Memberikan informasi tentang pilihan untuk urutan, kegiatan peregangan spesifik, tempat dan waktu</p> <p>1.27 Menginstruksikan untuk memulai latihan rutin pada otot atau sendi</p> <p>1.28 Melatih pasien untuk peregangan otot</p> <p>1.29 Mengulang kembali demonstrasi latihan yang telah diajarkan, jika perlu</p> <p>1.30 Toleransi latihan</p>
--------------	--	---	---

		k. Posisi diri	<p>1.31 Pantau pasien selama latihan</p> <p>1.32 Berkolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan, mengajar dan pemantauan rencana latihan pasien</p> <p>Exercise promotion : stretching</p> <p>1.33 Menentukan kebutuhan individu untuk bantuan dengan kegiatan instrumental hidup sehari-hari</p> <p>1.34 Menentukan kebutuhan untuk perubahan yang terkait dengan keselamatan di rumah (kusen pintu yang lebih luas untuk memungkinkan akses seperti tongkat ke kamar mandi</p> <p>1.35 Menentukan kebutuhan untuk perubahan rumah dalam mengimbangi anggota keluarga yang intoleransi aktivitas</p> <p>1.36 Menyediakan metode penghubung dukungan dan bantuan orang (daftar nomor telepon untuk polisi, pemadam kebakaran, dan bantuan individu)</p> <p>1.37 Menginstruksikan individu pada metode alternative transportasi</p> <p>1.38 Memberikan teknik penyegaran kognitif dengan membuat tanggal atau jadwal kegiatan sehari-hari yang mudah terbaca dengan jelas</p> <p>1.39 Memperoleh tambahan transportasi (kontrol tangan pada mobil, kaca spion lebar) yang sesuai</p> <p>1.40 Mendapatkan alat untuk membantu dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>1.41 Menentukan sumber daya keuangan dan preferensi pribadi tentang modifikasi untuk rumah atau mobil</p> <p>1.42 Menginstruksikan individu untuk mengenakan pakaian lengan pendek atau lengan ketat ketika memasak</p> <p>1.43 Memverifikasi kecukupan pencahayaan seluruh rumah terutama di wilayah kerja (dapur, kamar mandi) dan pada malam hari</p>
--	--	----------------	---

			<p>1.44 Menginstruksikan individu untuk tidak merokok di tempat tidur atau saat berbaring atau setelah minum obat</p> <p>1.45 Memverifikasi peralatan keselamatan di rumah (detector asap, detector karbon monoksida, alat pemadam kebakaran, pemanas air panas diatur ke 120 derajat)</p> <p>1.46 Menentukan apakah pendapatan bulanan individu cukup untuk menutupi biaya yang sedang berlangsung</p> <p>1.47 Memperoleh alat pengaman visual atau teknik (mengatur ulang furniture untuk keselamatan ketika berjalan, mengurangi kekacauan di seluruh trotoar rumah)</p> <p>1.48 Membantu individu dalam membangun metode dan rutinitas untuk memasak, membersihkan, dan belanja</p> <p>1.49 Menginstruksikan individu dan keluarga tentang apa yang harus dilakukan</p> <p>1.50 Menentukan apakah kemampuan fisik atau kognitif stabil atau menurun dan menanggapi perubahan baik dan sesuai</p> <p>1.51 Berkonsultasi dengan ahli terapi fisik untuk aktivitas yang sesuai dengan cacat fisik</p>
6	<p>Resiko cedera</p> <p>Faktor resiko: Eksternal</p> <p>1. Biologikal (contoh: Tingkat imunisasi dalam masyarakat, mikroorganisme)</p> <p>2. Kimia (obat-obatan: agen farmasi, alkohol,</p>	<p>Pengendalian risiko</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>Indikator:</p> <p>a. Mengetahui faktor risiko</p> <p>b. Mengetahui factor dari risiko lingkungan</p> <p>c. Mengetahui factor risiko dari perilaku personal</p> <p>d. Mengembangkan</p>	<p>Manajemen lingkungan: keamanan</p> <p>1.1. Ciptakan lingkungan yang aman untuk pasien</p> <p>1.2. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien</p> <p>1.3. Menghindarkan pasien dari lingkungan yang berbahaya</p> <p>1.4. Memasang side rail tempat tidur pasien</p> <p>1.5. Meyediakan tempat tidur yang aman dan bersih</p> <p>1.6. Menyediakan nomer telepon emergensi di dekat pasien</p> <p>1.7. Memonitor perubahan status lingkungan yang aman bagi pasien</p>

	<p>kafein, nikotin, bahan pengawet)</p> <p>3. Nutrisi(jenis makanan, vitamin)</p> <p>4. Cara berpindah</p> <p>5. Fisik (contoh: rancangan struktur dan arahan masyarakat, rancangan bangunan atau perlengkapan, cara berpindah)</p> <p>Internal</p> <p>1. Psikologik (orientasi afektif)</p> <p>2. Mal nutrisi</p> <p>3. Penurunan Hb</p> <p>4. Disfungsi sensori</p> <p>5. Hipoxia jaringan</p> <p>6. Disfungsi efektor</p> <p>7. Disfungsi immune-autoimmune</p>	<p>strategi pengendalian risiko yang efektif</p> <p>e. Mengatur strategi pengendalian risiko</p> <p>f. Melakukan strategi pengendalian risiko</p> <p>g. Mengikuti strategi pengendalian risiko dipilih</p> <p>h. Mengubah gaya hidup untuk mengurangi risiko</p> <p>i. Menghindari paparan yang mengancam kesehatan</p> <p>j. Berpartisipasi dalam pemeriksaan yang berhubungan dengan masalah kesehatan</p> <p>k. Berpartisipasi dalam pemeriksaan untuk mengidentifikasi masalah risiko</p> <p>l. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada</p> <p>m. Menggunakan dukungan personal untuk mengurangi risiko</p> <p>n. Mengetahui perubahan status kesehatan</p> <p>Peringkat keseluruhan:</p> <p>1 = Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 = Jarang menunjukkan</p> <p>3 = Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 = Sering menunjukkan</p> <p>5 = Selalu menunjukkan</p>	<p>1.8. Memberi informasi tentang bahaya resiko tinggi</p> <p>Mengidentifikasi risiko</p> <p>1.9. Melakukan pengkajian rutin dengan benar</p> <p>1.10. Melihat ulang riwayat kesehatan untuk membuktikan ststus medis dan diagnose keperawatan terakhir</p> <p>1.11. Menjaga catatan keperawatan tetap akurat</p> <p>1.12. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan lanjut pada pasien</p> <p>1.13. Menentukan sistem pendukung masyarakat</p> <p>1.14. Menentukan kualitas dukungan keluarga</p> <p>1.15. Menentukan sumber keuangan</p> <p>1.16. Menentukan status edukasi</p> <p>1.17. Mengidentifikasi penggunaan koping individu dan kelompok</p> <p>1.18. Mengidentifikasi adanya kebutuhan hidup dasar</p> <p>1.19. Mengidentifikasi kesesuaian pengobatan medis dan perawatan</p> <p>1.20. Kolaborasi mengurangi risiko pada area yang menjadi prioritas</p> <p>1.21. Membuat rencana pengurangan aktivitas</p> <p>Pengendalian jatuh</p> <p>1.22. Mengidentifikasi kemampuan fisik pasien yang dapat memungkinan terjadinya cedera</p> <p>1.23. Mengidentifikasi perilaku dan factor yang dapat memungkinan terjadinya cedera</p> <p>1.24. Mengkaji adanya riwayat cedera</p> <p>1.25. Mengidentifikasi karakteristik lingkungan yang memungkinan terjadinya cedera</p> <p>1.26. Mengidentifikasi kemampuan berpindah</p> <p>1.27. Mengobservasi perpindahan pasien</p> <p>1.28. Mengajarkan pasien teknik berpindah dengan aman</p> <p>1.29. Memberikan alat bantu jika perlu</p> <p>1.30. Mengajarkan pasien mamanggil bantuan saat berpindah</p>
--	--	---	--

		<p>a. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya risiko</p> <p>b. Dapat mengidentifikasi adanya risiko kesehatan potensial</p> <p>c. Dapat memvalidasi risiko yang dirasakan</p> <p>d. Berpartisipasi dalam pemeriksaan dalam jangka waktu yang ditentukan</p> <p>e. Menggunakan pelayanan kesehatan yang diperlukan</p> <p>f. Mengetahui perubahan status kesehatan</p> <p>Peringkat keseluruhan: 1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang-kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Selalu menunjukkan</p>	<p>1.31. Mengajarkan pasien meminimaliskan resiko terjatuh</p> <p>1.32. Memonitor tingkat kekuatan pasien saat berpindah</p> <p>1.33. Meyediakan tempat tidur yang aman</p> <p>1.34. Membantu ke toilet</p> <p>1.35. Mengajarkan keluarga tentang risiko jatuh dan bagaimana mengatasinya</p> <p>1.36. Menganjurkan pasien menggunakan sepatu yang aman</p>
7	Ketidakseimbangan Nutrisi : Kurang Dari Kebutuhan Tubuh	Status gizi dan nutrisi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam	Terapi Nutrisi 1.1 Lakukan penilaian gizi yang sesuai, pantau makanan atau cairan yang dimakan dan hitung kalori harian, sebagaimana mestinya

	<p>Definisi :</p> <p>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik</p>	<p>Diharapkan masalah status gizi atau nutrisi pasien dapat teratasi dari skala bermasalah (1) menjadi tidak bermasalah (5)</p> <p>Dengan indikator atau kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Asupan gizi pasien terpenuhi b. Asupan makanan c. Asupan cairan d. Energi e. Rasio berat atau tinggi f. Hidrasi <p>Pemantauan Gizi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Asupan kalori b. Asupan protein c. Asupan lemak d. Asupan karbohidrat e. Asupan serat f. Asupan vitamin g. Asupan mineral h. Asupan zat besi i. Asupan kalsium j. Asupan sodium <p>Manajemen berat badan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berat badan b. Ketebalan lipatan trisep c. Ketebalan 	<ol style="list-style-type: none"> 1.2 Pantau kelayakan permintaan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi harian, sebagaimana mestinya 1.3 Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sebagaimana mestinya 1.4 Tentukan pilihan atau jenis makanan dengan memperhatikan jenis budaya dan agama 1.5 Pilih suplemen nutrisi atau gizi, sebagaimana mestinya 1.6 Dorong pasien untuk memilih makanan semi lunak jika kurangnya air liur sehingga menghambat proses menelan 1.7 Dorong asupan makanan yang adekuat, sebagaimana mestinya 1.8 Dorong asupan makanan dan cairan tinggi kalium, sebagaimana mestinya 1.9 Pastikan bahwa diet termasuk makanan tinggi serat untuk mencegah sembelit 1.10 Berikan pasien makanan tinggi kalori tinggi protein, makanan ringan dan minuman yang mudah dikonsumsi, sebagaimana mestinya 1.11 Bantu pasien untuk memilih makanan yang semi lunak, hambar atau makanan yang bebas asam, sebagaimana mestinya 1.12 Tentukan kebutuhan untuk pemasangan NGT 1.13 Kelola dosis nutrisi enteral, sebagaimana mestinya 1.14 Hentikan penggunaan selang bantu makan (NGT), apabila asupan oral sudah ditoleransi 1.15 Kelola hiperalimentasi cairan, sebagaimana mestinya 1.16 Pastikan ketersediaan diet terapeutik yang progresif 1.17 Dorong membawa makanan rumahan, yan
--	--	--	---

		lipatan subscapular	g sesuai
		d. Rasio lingkarpinggung atau pinggul (perempuan)	1.18 Sarankan percobaan penghapusan makanan yang mengandung laktosa, sebagaimana mestinya
		e. Rasio lingkarleher atau pinggang (laki-laki)	1.19 Menawarkan rempah sebagai alternatif pengganti garam
		f. Persentase lemak tubuh	1.20 Atur lingkungan untuk menciptakan suasana yang menyenangkan dan santai
		g. Persentil lingkarkepala (anak)	1.21 Buat makanan dengan cara yang menarik, menyenangkan, berikan pilihan untuk warna, tekstur, dan lakukan atau tawarkan perawatan oral sebelum makan jika diperlukan
		h. Persentil tinggi badan	1.22 Bantu pasien untuk duduk sebelum makan atau minum
		i. Persentil berat badan	1.23 Pantau nilai-nilai laboratorium, yang sesuai
			1.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengenai diet yang diberikan
			1.25 Anjurkan pengajaran dan perencanaan pada diet, yang diperlukan
			1.26 Berikan pasien dan keluarga contoh tertulis mengenai diet tertentu
			Pemantauan Gizi
			1.27 Berat badan pasien
			1.28 Monitor pertumbuhan dan perkembangan
			1.29 Lakukan pengukuran antropometri komposisi tubuh (misalnya indeks masa tubuh dan pengukuran lingkarpinggung)
			1.30 Pantau tingkat penurunan berat badan dan cantumkan (tinggi dan berat di standar grafik pertumbuhan pada pasien anak)
			1.31 Identifikasi perubahan terbaru pada berat badan
			1.32 Tentukan jumlah berat badan yang tepat selama periode antepartum
			1.33 Monitor turgor kulit dan mobilitas
			1.34 Identifikasi kelainan pada kulit (misalnya memar berlebih, penyembuhan luka yang

			<p>lambat,dan perdarahan)</p> <p>1.35 Identifikasi kelainan pada rambut (misalnya kering, tipis, kasar)</p> <p>1.36 Monitor adanya mual dan muntah</p> <p>1.37 Identifikasi kelainan pada usus (misalnya diare,darah, lendir dan BAB yang tidak teratur atau menyakitkan)</p> <p>1.38 Pantau asupan kalori dan Diet</p> <p>1.39 Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas</p> <p>1.40 Pantau kebiasaan jenis dan tingkat latihanatau aktifitas</p> <p>1.41 Bahas peran aspek sosial dan emosional dalam mengkonsumsi makanan</p> <p>1.42 menentukan pola makan (misalnya makanan yang disukai dan tidakdisuka, makanan cepat saji berlebih, cepat lapar, makan dengan cepat, pola interaksi anak selama makan, dan frekuensi menyusui bayi)</p> <p>1.43 Monitor jaringan konjungtiva pucat, memerah dan kering</p> <p>1.44 identifikasi kelainan pada kuku</p> <p>1.45 Lakukan evaluasi menelan (misalnya fungsi motorik otot lidah, mulut dan wajah; refleks menelan dan refleks muntah)</p> <p>1.46 Identifikasi kelainan pada rongga mulut (misalnya peradangan, perdarahan gusi bibir kering atau pecah-pecah, luka, lidah kirmizi, dan hyperemic dan hipertrofikpapila</p> <p>1.47 Pantau keadaan mental (misalnya kebingungan, depresi dan kecemasan)</p> <p>1.48 Identifikasi kelainan dalam sistem muskuloskeletal (misalnya otot, nyeri sendi, patah tulang, dan postur tubuh)</p> <p>1.49 Lakukan pengujian laboratorium, pemantauan hasil (misalnya kolesterol, serum albumin,transferrin, prealbumin, nitrogen</p>
--	--	--	---

			<p>dalam urin 24-Jam, kadar urea, nitrogen, Kreatinin, hemoglobin, hematokrit, imunitas seluler, limfosit total dan kadar elektrolit)</p> <p>1.50 Tentukan rekomendasi energi (misalnya direkomendasikan dietary allowance) berdasarkan faktor-faktor pasien (misalnya usia, berat, tinggi, gender, dan tingkat aktivitas fisik)</p> <p>1.51 Tentukan faktor-faktor yang mempengaruhi asupan nutrisi (misalnya pengetahuan, ketersediaan dan aksesibilitas produk makanan berkualitas dalam semua kategori makanan; pengaruh agama dan budaya, jenis kelamin, kemampuan untuk mempersiapkan makanan isolasi sosial; rawat inap; tidak dapat mengunyah; kesulitan menelan; penyakit akit periodontal; penggunaan gigi palsu; penurunan kepekaan rasa; penggunaan obat-obatan; dan penyakit atau akibat pascaoperasi)</p> <p>1.52 Tinjau sumber data yang berkaitan dengan status gizi (buku harian makanan misalnya jadwal tertulis)</p> <p>1.53 Mulai pengobatan atau memberikan arahan, sebagaimana mestinya</p> <p>Manajemen berat</p> <p>1.54 Diskusikan dengan individu hubungan antara asupan makanan, olahraga, berat badan, dan penurunan berat badan</p> <p>1.55 Diskusikan dengan individu kondisi medis yang dapat mempengaruhi berat badan</p> <p>1.56 Diskusikan dengan individu kebiasaan dan adat istiadat dan budaya dan faktor-faktor keturunan yang mempengaruhi berat badan</p> <p>1.57 Diskusikan risiko yang terkait dengan berat badan dan berat badan rendah</p>
--	--	--	--

			<p>1.58 menentukan individu motivasi untuk mengubah kebiasaan maka</p> <p>1.59 menentukan individu berat badan ideal</p> <p>1.60 menentukan individu ideal persen lemak tubuh</p> <p>1.61 mengembangkan dengan individu sebuah metode untuk menyimpan catatan harian asupan, sesi latihan, dan atau perubahan berat badan</p> <p>1.62 mendorong individu untuk menuliskan cita - cita mingguan yang realistis untuk asupan makanan, latihan dan menampilkan mereka di lokasi mana mereka dapat ditinjau setiap hari</p> <p>1.63 mendorong individu untuk beban mingguan bagan, sesuai</p> <p>1.64 mendorong individu untuk mengkonsumsi jumlah yang cukup air sehari-hari</p> <p>1.65 rencana imbalan dengan individu untuk merayakan mencapai jangka pendek dan jangka panjang tujuan</p> <p>1.66 menginformasikan individu tentang apakah kelompok dukungan tersedia untuk bantuan</p>
--	--	--	--

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada BAB sebelumnya

dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran umum klien dengan hipertensi pada ketiga kasus ini adalah memperlihatkan hasil pengukuran tekanan darah diatas batas normal dan kepala pusing disertai dengan tengkuk terasa berat dan badan terasa lemas.
2. Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada bapak K, meliputi Risiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah dengan faktor risiko gangguan status kesehatan fisik, Risiko infeksi dengan faktor risiko penyakit kronis (diabetes militus), Intoleransi aktifitas berhubungan dengan imobilitas fisik. Masalah keperawatan yang muncul bapak A, meliputi Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebih, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan imobilitas fisik. Masalah keperawatan pada Ibu W, meliputi Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi inovasi adalah terapi relaksasi nafas dalam kombinasi terapi murottal surah Ar-Rahman yang dilakukan pada saat awal masuk Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie dengan nilai tekanan darah diatas batas normal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan nilai

4. tekanan darah pada ketiga kasus mengalami penurunan. Hasilnya menunjukkan adanya pengaruh pemberian relaksasi nafas dalam kombinasi terapi murottal surah Ar-Rahman terhadap penurunan tekanan darah.

B. Saran

1. Bagi klien.

Terapi relaksasi nafas dalam dan terapi murottal surah Ar- Rahman dapat diaplikasikan sebagai salah satu alternative untuk menurunkan tekanan darah yang dapat dilakukan sehari-hari dirumah.

2. Bagi perawat.

Pengaruh relaksasi relaksasi nafas dalam dan terapi murottal surah Ar-Rahman dapat dikembangkan dalam discharge plaining bagi penderita hipertensi yang dapat dilakukan dirumah.

3. Bagi masyarakat.

Bagi masyakat agar dapat menerapkan pengetahuan yang dimiliki tentang relaksasi nafas dalam dan terapi murottal surah Ar-Rahman terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi dengan memberi motivasi kepada penderita hipertensi secara rutin.

4. Bagi peneliti.

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan melakukan intervensi inovasi menggunakan relaksasi nafas dalam dan terapi mendengarkan murottal beserta terjemahan/arti dari murottal tersebut.

5. Bagi Instansi Rumah Sakit

Berkaitan dengan pengelolaan pasien hipertensi secara non farmakologi diharapkan pihak RSUD Abdu Wahab Sjahranie Samarinda menerapkan teknik terapi relaksasi nafas dalam dan mendengarkan murottal surah Ar-rahmandalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada pasien untuk memaksimalkan penurunan tekanan darah.

DFTAR PUSTAKA

A. Qodri Azizy. (2010) Pendidikan untuk Membangun Etika Sosial: (Mendidik Anak Sukses Masa Depan : Pandai dan Bermanfaat), Aneka Ilmu Jakarta.

Abdullah Bin Muhammad As-sadhan. (2007). Sembuhkan Penyakitmu Dengan Ruyah Syar'yyah. Jakarta: Darus Sunnah Pres

Abdurrachman, A., Perdana, S., Andhika, S., (2008), 'Muratal Al Qur'an: Alternatif Terapi Suara Baru', Universitas Lampung, Seminar Nasional Sains dan Teknologi-II, Universitas Lampung, Lampung.

Alkahel, A. (2011). Al-Quran's The Healing. Jakarta: Tarbawi Press

Anwar, Y., P.(2010). Sembuh Dengan Al-Qur'an. Jakarta: Sabil

Apriany, R. E. (2012). Asupan Protein, Lemak Jenuh, Natrium, Serat Dan IMT Terkait Dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di RSUD TUGUREJO SEMARANG. Journal of Nutrition College , 700-714.

Arif, Muttaqin., (2009). Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi. Salemba Medika, Jakarta

Audah, Fauzia. (2011). Dahsyatnya Teknik Pernafasan ; editor A Epnu. Yogyakarta: Interprebook.

Basuki, S. A.M Heru.(2008). Psikologi Umum. Jakarta: Universitas Gunadarma

Benson,H & Proctor,W. (2000). Dasar-dasar respons relaksasi.
Bandung: Kaifa.

Bustan, M.N., (2007). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, Cetakan Kedua, Edisi Revisi, Jakarta : Penerbit Rineka Cipta

Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC

Cahyono, S. (2008). Gaya Hidup dan Penyakit Modren. Kanisius. Jakarta.

Corwin. (2009). Buku Saku Patofisiologi Corwin. Jakarta: Aditya Media

Departemen Kesehatan RI. (2008). Profil kesehatan Indonesia 2007. Jakarta : Depkes RI Jakarta .

Doenges, Marilyn E.dkk.(2000).Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman UntukPerencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi III.AlihBahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta

Endrawatingsih, S.E. (2012). Factor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Grogol Limo Depok Jawa Barat. http://psikumj.ac.id/library/index.php?p=show_detail&id=1271 diperoleh tanggal 25 November 2013

Faradisi, Firman.(2009). Efektivitas Terapi Murotal dan Terapi Musik Klasik terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Pekalongan.Jurnal Ilmiah Kesehatan.

Gray, et al. (2007). Lecture Notes Kardiologi edisi 4. Jakarta: Erlangga Medical Series

Greenberg, P. (2010). Customer Relationship Management as the Speed of Light: Fourth Edition McGraw-Hill.

Hamid Abdul. 2012. Komunikasi dan Public Relations. CV.Pustaka Setia. Bandung.

Ivancevich, dkk. 2007. Perilaku dan Manajemen Organisasi Jilid 1 Edisi Ketujuh. Jakarta : Elangga

Izzat, A.M. & Arif, M. (2011). Terapi Ayat Al-Qur'an Untuk Kesehatan : Keajaiban Al-Qur'an Menyembuhkan Penyakit. Solo: Kafilah Publishing.

Jain, Ritu.(2011). Pengobatan alternative untuk mengatasi tekanan darah. Jakarta:Gramedia Pustaka Utama

James, PA., Oparil, S., Carter, BL., PharmD., Chusman, WC., Himmelfarb, CD. Etal. 2013. 2014 Evidence-Based Guidline for the Management of High blood Pressure in Adults Report From The Panel Members Appointed to the Eight Joint National Committee (JNC 8). JAMA : 284-427

Junaedi, E. Dan Yulianti, S. Dkk. (2013). "Hipertensi Kandas Berkat Herbal", ed 1. Jakarta: Fmedia.

Lingga L., (2012), Bebas Hipertensi Tanpa Obat, Agromedia Pustaka, Jakarta,

Mahmudi. (2011). Akuntansi Sektor Publik. Yogyakarta: Penerbit UII Press.

Marliani L, S Tantan. (2007). 100 Questions & Answer Hipertensi. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Mayrani, Eva Dwi dan Hartati, Elis. (2013). Intervensi Terapi Audio dengan Murottal Surat Ar-Rahman terhadap Perilaku Anak Autis. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 8, No.2, Juli 2013.

Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC (2001) . Farmakologi Ulasan Bergambar. Jakarta: Widya Medika;200:407-415.

O'riordan, R.N.L. (2002). Seni Penyembuhan Alami: Rahasia Penyembuhan Melalui Energi Ilahi, diterjemahkan oleh Sulaiman Al-Kumaiyi dari judul asli The Art of Sufi Healing. Bekasi: Gugus Press

Potter and Perry. (2006). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek, Volume 2, Edisi 4, EGC, Jakarta.

Priharjo, R. (2003). Perawatan nyeri. Jakarta: EGC.

Rusdi & Nurlaela Isnawati, (2009), Awas! Anda Bisa Mati Cepat Akibat Hipertensi & Diabetes, Yogyakarta: Power Books (IHDINA)

Setyoadi & Kushariyadi. (2011). Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa pada Klien Psikogeriatrik. Jakarta: Salemba Medika

Sherwood, L. 2012. Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem. Edisi 6. Jakarta : EGC. h. 708-710.

Sigalingging, G. 2011. 'Karakteristik Penderita Hipertensi di Rumah Sakit Umum Herna Medan 2010-2011'. Skripsi, Universitas Sumatera Utara, Medan.

Siswantinah. (2011). Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Dilakukan Tindakan Hemodialisa di RSUD

Kraton Kabupaten Pekalongan. Skripsi. Universitas Muhammadiyah

Semarang.

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, (2002), Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk), EGC, Jakarta.

Smeltzer, S, & Bare. (2010). Brunner & Suddarths Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia : Lippincott

Sugihartono, dkk. 2007. Psikologi Pendidikan. Yogyakarta: UNY Press.

Suprpto, Ira Haryani. 2014. Menu Ampuh Atasi Hipertensi. Yogyakarta: NOTEBOOK

Suwardianto, H., Kurnia, E. (2011). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam (Deep Breathing) Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Kota Wilayah Selatan Kota Kediri. Jurnal STIKES. Volume 4. ISSN 2085-0921

Tjay, T.H., dan Rahardja, K.. (2010). Obat-Obat Penting, Elex Media Komputindo, Jakarta.

Udjianti, W. J. (2010). Keperawatan Kardiovaskuler. Jakarta: Salemba Medika.

Upoyo, A.S., Ropi, H., Sitorus., (2012). Stimulasi murotal Al-Qur'an terhadap nilai glasgow coma scale pada pasien stroke iskemik [Thesis]. Magister Keperawatan Universitas Padjajaran.

WHO, (2013), world health day 2013, ¶2, [http:// http://www.who.int/mediacenter](http://www.who.int/mediacenter)

Widayarti (2011).Pengaruh bacaan Al Quran terhadap intensitas kecemasan pasien sindroma koroner akut di RS Hasan Sadikin. Unpublised thesis. Universitas Padjajaran.