

LAPORAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN TN. E DENGAN KASUS HIPERTENSI

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

- a. Nama : Tn. E
- b. Umur : 50 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Pendidikan : SMA
- e. Pekerjaan : Swasta
- f. Agama : Islam
- g. Suku/Bangsa : Dayak
- h. Alamat : Desa Hajak
- i. Ruangan dirawat : Poli Pemeriksaan Umum (RPU)
- j. Tanggal Berobat : 22-01-2024
- k. No. Register : 102XX
- l. Diagnosa Medis : Hipertensi
- m. Dokter yang merawat : dr. Charine

2. Riwayat Penyakit

- a. Keluhan utama : Pasien mengeluh nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 5 (nyeri sedang, 1-10), nyeri dirasakan memberat ketika kurang istirahat, nyeri seperti diremas-remas muncul hilang timbul, selain itu Tn. E mengatakan sering gelisah disertai keringat dingin, nafsu makan berkurang dan sulit tidur.
- b. Riwayat penyakit sekarang : Pasien datang diantarkan oleh istrinya dengan keluhan nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 5 (nyeri sedang, 1-10), nyeri dirasakan memberat ketika kurang istirahat, nyeri seperti diremas-remas muncul hilang timbul, selain itu Tn. E mengatakan sering gelisah disertai keringat dingin, nafsu makan berkurang dan sulit tidur. Tn. E

mengatakan keluhan ini sudah dirasakan mulai 2 hari yang lalu.

- c. Riwayat penyakit dahulu : Pasien mengatakan mempunyai riwayat tekanan darah tinggi.
- d. Riwayat penyakit keluarga : Pasien mengatakan bahwa ibunya dahulu pernah mengalami tekanan darah tinggi sama seperti Tn. E.
- e. Riwayat sosial : Pasien mengatakan orang terdekat dengannya adalah istrinya. Istrinya dan anaknya adalah orang yang paling berarti.. Komunikasi dalam keluarga dilakukan secara terbuka, setiap ada masalah selalu diselesaikan dengan musyawarah.

3. Pemeriksaan Fisik

No	Area Fisik	Hasil pemeriksaan	Analisa
1.	Kepala	Bentuk simetris, kebersihan kulit sedang, massa abnormal tidak ada.	Tidak ada masalah atau gangguan pada area kepala
2.	Mata	Posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak terdapat edema ataupun lesi, pergerakan bola mata sesuai, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, kornea jernih, pupil isokor, pasien dapat melihat dengan jelas.	Tidak ada masalah atau gangguan pada area Mata, tidak ada penggunaan kacamata dan lensa kontak
3.	Hidung	Bentuk normal	Tidak ada masalah atau gangguan
4.	Mulut dan tenggorokan	Keadaan mukosa bibir kering Keadaan mulut dan gigi bersih, tidak ada penggunaan gigi palsu,. Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid	Tidak ada masalah atau gangguan
5.	Telinga	Bentuk telinga, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik	Tidak ada masalah atau gangguan

6.	Leher	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan	Tidak ada masalah atau gangguan
7.	Dada	Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, , perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler	Tidak ada masalah atau gangguan
8.	Jantung	Jantung Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat.	Tidak ada masalah atau gangguan
9.	Abdomen	benjolan/masa tidak ada pada perut, Auskultasi dan bising usus normal, tidak ada asietas	Tidak ada masalah atau gangguan
10.	Genetalia	Keadaan genetalia tidak ada gangguan dan keluhan. Tidak terdapat hypospadia, epispadia, hernia, hydrocell dan tumor.	Tidak ada masalah pada genetalian .
11.	Ekstermitas	Kekuatan otot baik dan tidak ada kelainan	Tidak ada masalah
12.	Kulit dan Kuku	Warna dan bentuk normal, suhu hangat, CRT < 2 Detik	Tidak ada masalah
4.	11 Pola Gordon		
	a. Persepsi terhadap kesehatan – manajemen kesehatan	:	Pasien memiliki kebiasaan merokok, dan pasien apabila merasa sakit cukup membeli obat di warung.
	b. Pola aktivitas dan latihan	:	Pasien bekerja sebagai <i>cleaning servis</i> , dapat melakukan aktivitas apapun dengan mandiri
	c. Pola istirahat dan tidur	:	Pasien mengatakan sulit tidur dan terasa terganggu apabila nyeri muncul .
	d. Pola nutrisi	:	Pasien mengatakan nafsu makan pasien kurang lebih 1 minggu kebelakang berkurang, pasien makan hanya 2x sehari dan sering tidak menghabiskan makanannya.
	e. Pola eliminasi	:	Pasien mengtakan tidak ada keluhan untuk BAK dan BAB
	f. Pola kognitif – perceptual	:	Tidak ada gangguan pada kemampuan berfikir dan mengingat karena sewaktu di Tanya

- pasien masih dapat menjawab dan menjelaskan jawaban dengan baik
- g. Pola konsep diri : Pasien mengenal dirinya sendiri serta perannya sebagai apa dalam keluarga dan mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat bekerja untuk menafkahi keluarga
- h. Pola koping : Emosi masih stabil, sabar dalam proses pengobatan
- i. Pola seksualitas – reproduksi : Status berkeluarga dan mempunyai 1 orang istri dan 2 anak. Tidak ada keluhan dalam seksualitas dan reproduksi.
- j. Pola peran – hubungan : Keluarga pasien mengatakan pasien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik
- k. Pola nilai dan kepercayaan : Beragama islam dan Pasien mengatakan selalu berdoa meminta kesembuhan dari penyakit yang dideritanya agar segera sembuh dan dapat di tangani dengan baik oleh tenaga kesehatan terutama oleh perawat di puskesmas sikui
- l. Pemeriksaan Saraf (khusus Ruang Syaraf) : Tidak dikaji

B. PROSEDUR DIAGNOSTIK

No	Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Analisa
1	-	-	-	-

C. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <p>Tn. E mengeluh nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 5, nyeri dirasakan ketika tekanan darah meningkat, nyeri seperti diremas-remas muncul hilang timbul, selain itu Tn. E mengatakan sering gelisah disertai keringat dingin, nafsu makan berkurang dan sulit tidur.</p> <p>DO:</p> <p>Tekanan darah: 160/100 mmHg, Nadi: 105 x/menit, <i>Respirasi Rate</i>: 24x/menit, dan suhu 36,5⁰C, Tn. F tampak gelisah, tegang, suara bergetar, dan tremor. Kesadaran Composmentis dengan GCS E4V5M6, BB: 50 kg dan TB: 150 cm.</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>Faktor Risiko :</p> <p>Hipertensi</p>	-	<p>Risiko Perfusi jaringan cerebral tidak efektif</p>
3.	<p>DS:</p> <p>pasien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>DO:</p> <p>BB: 50 kg dan TB: 150 cm.</p> <p>IMT : 22,2 / Normal</p>	<p>Faktor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>Resiko Defisit nutrisi</p>

D. NURSING CARE PLAN

Diagnosa Keperawatan:

- a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi

No	Patient Outcome	Intervention	Rationale	Implementation	Evaluation
1.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit dengan SLKI:</p> <p>1) Perfusi Serebral (luaran utama)</p> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:</p> <p>1) Sakit kepala menurun 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah sistolik membaik 4) Tekanan darah diastol membaik</p>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Pemantauan TTV</p> <p>1) Monitor TTV 2) Identifikasi penyebab perubahan TTV</p>	<p>Rasional:</p> <p>1. mengetahui penyebab peningkatan TIK 2. mengetahui lebih awal tanda gejala TIK 3. MAP yang tinggi dapat mengindikasikan peningkatan TIK 4. Lingkungan tenang akan membuat suasana nyaman 5. TTV yang meninggi menjadi tanda bahaya 6. penyebab yang menjadi penyebab</p>	<p>1) Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Memonitor MAP 4) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5) Memonitor TTV 6) Mengidentifikasi penyebab perubahan TTV</p>	<p>S :</p> <p>Tn. E mengatakan masih merasakan nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 3/nyeri ringan (skala 1-10), nyeri dirasakan sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <p>Tekanan darah: 150/90 mmHg,</p>

			TTV meninggi akan mmudah diminimalisir		<p>Nadi: 82 x/menit, <i>Respirasi Rate:</i> 21x/menit, dan suhu 36,3⁰C, Kesadaran Composmentis GCS E4V5M6. MAP = 130</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit dengan SLKI:</p> <p>1) Tingkat nyeri (luaran utama) 2) Kontrol nyeri (luaran tambahan)</p>	<p>Manajemen Nyeri:</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri serta faktor presipitasi</p>	<p>Rasional :</p> <p>1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien</p>	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri serta faktor presipitasi</p>	<p>S:</p> <p>Tn. E mengatakan masih merasakan nyeri kepala hingga leher disertai pusing</p>

<p>3) Status kenyamanan (luaran tambahan)</p> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, berkeringat dingin menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik dan nafsu makan membaik. 2) Melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis 3) Status kenyamanan atau kesejahteraan fisik dan 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Lakukan <i>vital sign</i> (Tekanan darah, Nadi, Respirasi, dan Suhu) 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu intervensi <i>progresive muscle relaxation</i> 6) Evaluasi keefektifan intervensi kontrol nyeri dengan teknik nonfarmakologis. 	<p>lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien</p> <p>lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui tanda vital meningkat karena efek dari nyeri 3. Mengetahui respon nyeri non verbal pasien 4. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien mengenai cara penanganan nyeri 5. Mengurangi tingkat nyeri/mengalihkan pasien dari rasa sakitnya tingkat nyeri/mengalihkan pasien dari rasa 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Melakukan <i>vital sign</i> (Tekanan darah, Nadi, Respirasi, dan Suhu) 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4) Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu intervensi <i>progresive muscle relaxation</i>. Adapun langkahnya sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Posisi rileks, kepalkan tangan dengan kuat, tahan 5 detik dan lepaskan kepala perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali b. Posisi rileks, tekuk pergelangan tangan hingga dapat dirasakan ketegangan, tahan 5 	<p>dengan skala 3/nyeri ringan (skala 1-10), nyeri dirasakan sedikit berkurang setelah melakukan <i>progresive muscle relaxation</i>.</p> <p>O: Tekanan darah: 150/90 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Respirasi Rate: 21x/menit, dan suhu 36,3⁰C, Kesadaran Composmentis dengan GCS E4V5M6. pada saat melakukan teknik <i>progresive muscle relaxation</i> sangat</p>
--	---	---	---	--

	<p>psikologis meningkat, keluhan tidak nyaman seperti gelisah dan kesulitan tidur menurun.</p>		<p>sakitnya 6. Mengetahui efektif atau tidaknya tindakan yang diberikan</p>	<p>detik dan lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali c. Posisi rileks, kemudian mengepalkan kedua tangan dan menekuk siku, hingga dapat dirasakan ketegangan, tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik, lakukan Gerakan 2 kali d. Posisi rileks, kemudian mengangkat kedua bahu setinggi tingginya hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali e. Posisi rileks, kemudian mengerutkan dahi dan</p>	<p>kooperatif dan dilakukan dengan benar, tampak rileks, dan tidak ada ekspresi meringis /tampak kesakitan. A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi P : Intervensi <i>progresive muscle relaxation</i> dilanjutkan oleh pasien di rumah</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>alis hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan gerakan 2 kali</p> <p>f. Posisi rileks, kemudian menutup kedua mata hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>g. Posisi rileks, kemudian mengatupkan rahang dengan mengigit gigi hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>h. Posisi rileks, kemudian bibir dimonconkan hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>i. Posisi rileks, kemudian menekankan kepala kepermukaan bantalan kursi atau permukaan dinding hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>j. Posisi rileks, kemudian mendekatkan dagu ke dada hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>k. Duduk tanpa bersandar kemudian busungkan dada hingga dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>l. Posisi rileks, kemudian Tarik napas dalam hingga dada terlihat mengembang tahan selama sesaat kemudian lepaskan ketegangan secara perlahan dan bernafas seperti semula. Lakukan gerakan 2 kali</p> <p>m. Posisi rileks, kemudian Tarik perut ke dalam hingga dirasakan ketegangan sekitar perut tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>n. Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk kedua pergelangan kaki (<i>dorso Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>o. Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk kedua pergelangan kaki (<i>Flantar Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan</p>	
--	--	--	--	--	--

				rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali	
3	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit dengan SLKI: Nafsu makan (luaran tambahan)</p> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah pasien melaporkan bahwa keinginan makan meningkat dan asupan nutrisi meningkat</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>a. Identifikasi nutrisi</p> <p>b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>c. Monitor berat badan</p> <p>d. Berikan suplemen makanan jika memungkinkan</p> <p>e. Ajarkan diet yang dianjurkan</p> <p>f. Mengajarkan oral hygiene sebelum makan</p> <p>g. Mengajarkan makan sering walau sedikit, berupa tinggi kalori dan protein</p> <p>h. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>	<p>a. Mengidentifikasi makanan yang disukai oleh pasien</p> <p>b. Menghitung kalori yang diperlukan oleh pasien menyesuaikan berat badan</p> <p>c. Mengetahui peningkatan berat badan ataupun penurunan berat badan</p> <p>d. Suplemen makanan untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh</p> <p>e. Membatasi makanan yang dapat memperparah kondisi pasien</p> <p>f. Memberikan rasa segar sebelum</p>	<p>i. Mengidentifikasi nutrisi</p> <p>j. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</p> <p>k. Memonitor berat badan</p> <p>l. Mengajarkan oral hygiene sebelum makan</p> <p>m. Mengajarkan makan sering walau sedikit, berupa tinggi kalori dan protein</p> <p>6. mengajarkan diet yang dianjurkan (diet rendah garam)</p>	<p>S: pasien mengatakan akan mencoba memperbaiki jadwal, pola dan jenis makanan yang akan dikonsumsi, akan mengurangi makan yang tinggi garam</p> <p>O: pasien memahami cara untuk tetap menjaga nutrisi tetap baik</p> <p>A: resiko defisit nutrisi d.d faktor psikologis belum teratasi</p>

			<p>makan dengan oral hygiene</p> <p>g. Protein untuk memperbaiki sel dan mengganti sel yang rusak</p> <p>h. Pemberian obat untuk membantu meningkatkan nafsu makan pasien</p>		<p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	---	--	----------------------------------

E. DRUGS STUDY

Name of drug	Indications	Contraindications	Drug Mechanism	Adverse Effects	Nursing Considerations
Amlodipine Besilate 5 mg	Untuk mengatasi tekanan darah tinggi	tidak digunakan untuk pasien yang mengalami syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi, gagal jantung dan gangguan hepar.	amlodipine bekerja sebagai antihipertensi dengan menghambat kanal kalsium sehingga menyebabkan terjadinya relaksasi otot polos yang dapat menyebabkan penurunan tekanan darah	hipotensi, edema, jantung berdetak kencang, mual, sakit perut hingga diare.	<p>Pre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji riwayat alergi. - Menggunakan prinsip 12 benar dalam pemberian obat. - Menjelaskan efek samping obat. <p>Post:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi efek samping obat. - Observasi efek terapi obat. <p>Observasi TTV</p>

DAFTAR PUSTAKA

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPPPPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPPPPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPPPPNI.

Tabel SOP *Progresif Muscle Relaxation*

No.	Kegiatan		
1.	Tahap Persiapan Alat		
	a. <i>Sphygmomanometer</i> dan stetoskop		
	b. <i>SPO progressive muscle relaxation</i>		
	c. Alat tulis : buku dan pulpen		
2.	Pra Interaksi		
	a. Verifikasi Order		
		b. Siapkan lingkungan	
3.	Tahap Orientasi		
	a. Beri salam terapeutik (Assalamualaikum, memperkenalkan diri, memanggil nama pasien yang disukai, menanyakan kabar)		
	b. Kontrak waktu prosedur		
	c. Jelaskan tujuan prosedur		
	d. Memberi kesempatan pasien untuk bertanya		
	e. Meminta persetujuan pasien/keluarga		
	f. Menyiapkan lingkungan		
	g. Mendekatkan alat		
4.	Tahap Kerja		
	a. Mencuci tangan		
	b. Ukur dan catat tekanan darah pasien		
	c. Berikan instruksi terapi <i>progressive muscle relaxation</i>		
	NO.	Gerakan Otot	Petunjuk Pelaksana
	1.	Melatih otot tangan	Posisi rileks, kepalkan tangan dengan kuat, tahan 5 detik dan lepaskan kepalan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
	2	Melatih otot lengan bawah	Posisi rileks, tekuk pergelangan tangan hingga dapat dirasakan

		ketegangan, tahan 5 detik dan lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik . lakukan Gerakan 2 kali
3	Melatih otot lengan atas	Posisi rileks, kemudian mengepalkan kedua tangan dan menekuk siku, hingga dapat dirasakan ketegangan, tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik, lakukan Gerakan 2 kali.
4	Melatih otot bahu	Posisi rileks, kemudian mengangkat kedua bahu setinggi tingginya hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali.
5	Melatih otot dahi	Posisi rileks, kemudian mengerutkan dahi dan alis hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
6	Melatih otot mata	Posisi rileks, kemudian menutup kedua mata hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
7	Melatih otot rahang	Posisi rileks, kemudian mengatupkan rahang dengan mengigit gigi hingga

		<p>dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
8	Melatih otot mulut	<p>Posisi rileks, kemudian bibir dimoncongkan hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
9	Melatih otot leher belakang	<p>Posisi rileks, kemudian menekan kepala kepermukaan bantalan kursi atau permukaan dinding hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
10	Melatih otot leher depan	<p>Posisi rileks, kemudian mendekatkan dagu ke dada hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
11	Melatih otot punggung	<p>Duduk tanpa bersandar kemudian busungkan dada hingga dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
12	Melatih otot dada	<p>Posisi rileks, kemudian Tarik napas dalam hingga dada terlihat</p>

		mengembang tahan selama sesaat kemudian lepaskan ketegangan secara perlahan dan bernafas seperti semula. Lakukan gerakan 2 kali.
	13	Melatih otot otot perut Posisi rileks, kemudian Tarik perut ke dalam hingga dirasakan ketegangan sekitar perut tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
	14	Melatih otot otot tungkai Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk ke atas kedua pergelangan kaki (<i>dorso Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
	15	Melatih otot otot betis Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk bawah kedua pergelangan kaki (<i>Plantar Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali
	<p>d. Kaji perubahan yang terjadi selama terapi dilakukan</p> <p>e. Catat kembali tekanan darah pasien</p>	
5.	Tahap Terminasi	
	a. Evaluasi respon subyektif pasien	

	<i>b.</i> Evaluasi respon objektif pasien
	<i>c.</i> Rencana Tindak lanjut Pasien
	<i>d.</i> Rencana Tindak lanjut Perawat : kegiatan tindakan, waktu dan tempat
	<i>e.</i> Mengucapkan salam
6.	Tahap Dokumentasi
	Catat hasil kegiatan dan respon pasien dalam catatan keperawatan
7.	Sikap
	<i>a.</i> Sopan
	<i>b.</i> Teliti
	<i>c.</i> Memperhatikan Keamanan
	<i>d.</i> Empati

DOKUMENTASI *Progresif Muscle Relaxation* (PMR)



Sedang melakukan pengukuran tekanan darah sebelum Latihan PMR



Sedang melakukan latihan gerakan otot tangan



Sedang melakukan latihan gerakan otot lengan bawah



Sedang melakukan latihan gerakan otot bahu



Sedang melakukan latihan gerakan otot leher depan



Sedang melakukan latihan gerakan otot tungkai



Sedang melakukan pengukuran tekanan darah setelah Latihan PMR



Sedang melakukan pencatatan hasil pengukuran tekanan darah

