

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah, baik sistolik maupun diastolik, mengalami peningkatan secara berkala maupun terus-menerus. Pada individu berusia di atas 50 tahun, hasil pengukuran tekanan darah berulang sebesar 150/95 mmHg atau lebih dapat menjadi tanda adanya hipertensi. Risiko terjadinya hipertensi juga cenderung meningkat seiring bertambahnya usia (Suvila et al., 2020). Secara umum, hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah gangguan pada sistem jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan naiknya tekanan darah melebihi batas normal. Menurut WHO, tekanan darah normal berada pada angka 120/80 mmHg, sedangkan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dikategorikan sebagai hipertensi. Ketentuan ini berlaku tanpa membedakan usia maupun jenis kelamin (Marlini & Lili & Tantan, 2017).

Selain itu, hipertensi juga diartikan sebagai keadaan ketika tekanan darah menetap dengan nilai sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Khusus pada kelompok lanjut usia, hipertensi umumnya ditetapkan apabila tekanan sistolik mencapai 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Putra, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

1. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
2. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

1. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya.
2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain.

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Menurut (Suvila et al., 2020), hipertensi pada lanjut usia umumnya dipengaruhi oleh berbagai perubahan fisiologis yang terjadi seiring proses penuaan, antara lain sebagai berikut:

1. Dinding aorta mengalami penurunan elastisitas sehingga pembuluh darah menjadi lebih kaku.
2. Katup jantung mengalami penebalan dan kekakuan, sehingga fungsi kerjanya tidak seoptimal sebelumnya.
3. Kemampuan jantung dalam memompa darah menurun sekitar 1% setiap tahun setelah usia 20 tahun. Kondisi ini menyebabkan kekuatan kontraksi jantung dan volume darah yang dipompa ikut berkurang.
4. Pembuluh darah kehilangan kelenturannya, sehingga efektivitas pembuluh darah perifer dalam menyalurkan oksigen ke jaringan menurun.
5. Terjadi peningkatan tahanan atau resistensi pada pembuluh darah perifer yang dapat memicu kenaikan tekanan darah (Patel et al., 2020).

Walaupun penyebab pasti hipertensi primer belum dapat diketahui secara jelas, berbagai penelitian menunjukkan adanya beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Faktor-faktor tersebut meliputi:

1. Faktor keturunan

Seseorang memiliki kemungkinan lebih besar mengalami hipertensi apabila memiliki orang tua atau anggota keluarga dengan riwayat tekanan darah tinggi (Suvila et al., 2020).

2. Karakteristik Individu

Beberapa ciri perseorangan yang berpengaruh terhadap munculnya hipertensi antara lain:

- a. Usia, karena tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya umur.
- b. Jenis kelamin, dimana laki-laki umumnya lebih berisiko dibandingkan perempuan.
- c. Ras, kejadian hipertensi lebih banyak ditemukan pada ras kulit hitam dibandingkan ras kulit putih (Patel et al., 2020).
- d. Gaya Hidup (Unger et al., 2020)

Kebiasaan sehari-hari yang dapat memicu hipertensi antara lain:

- a. Konsumsi garam berlebihan.
- b. Berat badan berlebih atau pola makan yang tidak terkontrol.
- c. Stres berkepanjangan.
- d. Kebiasaan merokok.
- e. Konsumsi minuman beralkohol.
- f. Penggunaan obat tertentu, seperti efedrin, prednison, dan epinefrin .

Sementara itu, hipertensi sekunder terjadi akibat adanya penyakit lain yang mendasari. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan hipertensi sekunder antara lain gangguan ginjal seperti glomerulonefritis, pielonefritis, nekrosis tubular akut, serta tumor ginjal. Selain itu, kelainan pembuluh darah seperti aterosklerosis, hiperplasia, trombosis, aneurisma, emboli kolesterol, dan vaskulitis juga dapat menjadi penyebab. Gangguan endokrin seperti diabetes melitus, hipertiroidisme, hipotiroidisme, serta gangguan saraf seperti stroke dan ensefalitis turut berperan. Hipertensi sekunder juga dapat dipicu oleh penggunaan obat-obatan tertentu, misalnya kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Unger et al., 2020).

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

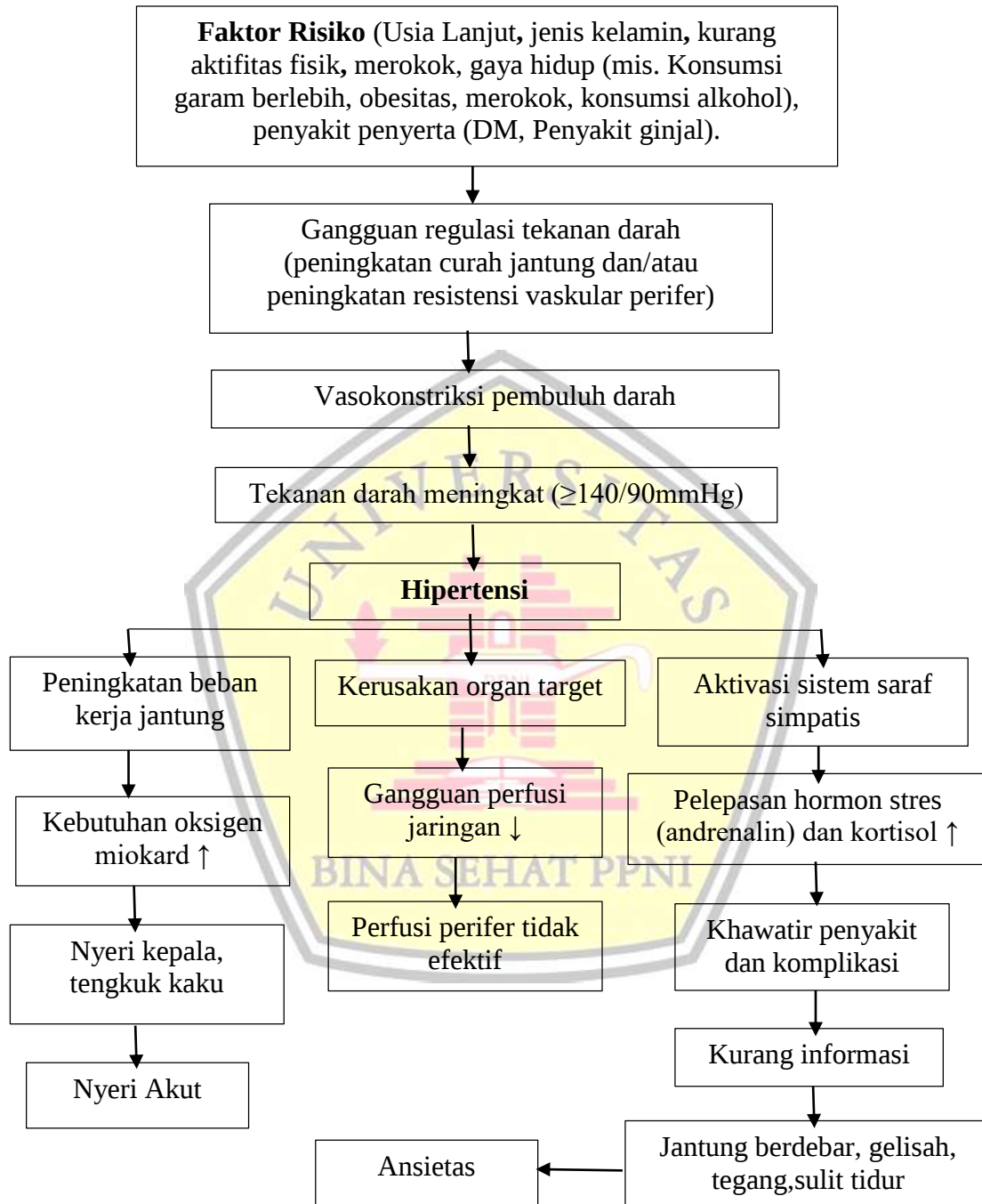
Pengaturan penyempitan (vasokonstriksi) dan pelebaran (vasodilatasi) pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor yang berada di medula otak. Dari pusat ini, impuls saraf diteruskan melalui sistem saraf simpatis menuju korda spinalis, kemudian keluar melalui ganglia simpatis di daerah toraks dan

abdomen. Rangsangan tersebut dihantarkan dalam bentuk impuls saraf yang bergerak melalui serabut simpatis. Pada ganglia simpatis, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang selanjutnya merangsang neuron pascaganglion. Neuron ini kemudian melepaskan norepinefrin pada pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah. Beberapa faktor emosional seperti kecemasan, stres, dan rasa takut dapat meningkatkan respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Pada individu yang mengalami hipertensi, sensitivitas terhadap norepinefrin cenderung lebih tinggi, walaupun mekanisme pastinya belum diketahui secara jelas (Stuart, 2023).

Pada saat yang sama, ketika sistem saraf simpatis aktif akibat rangsangan emosional, kelenjar adrenal juga ikut terstimulasi. Mula adrenal akan mengeluarkan epinefrin yang turut menyebabkan vasokonstriksi. Sementara itu, korteks adrenal menghasilkan kortisol dan hormon steroid lainnya yang dapat memperkuat efek penyempitan pembuluh darah. Kondisi ini menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun sehingga merangsang pelepasan renin. Renin berperan dalam pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, yaitu zat vasokonstriktor yang sangat kuat. Angiotensin II juga merangsang sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Hormon aldosteron menyebabkan ginjal menahan natrium dan air, sehingga volume darah dalam pembuluh meningkat. Gabungan dari proses-proses tersebut dapat memicu terjadinya hipertensi.

Pada lanjut usia, hipertensi juga dipengaruhi oleh perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah perifer. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, berkurangnya elastisitas jaringan ikat, serta menurunnya kemampuan relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya, pembuluh darah menjadi lebih kaku dan kurang mampu meregang saat menerima aliran darah. Aorta dan arteri besar pun kehilangan kemampuan menampung volume darah yang dipompa jantung setiap denyutan, sehingga curah jantung menurun dan tahanan perifer meningkat. Keadaan inilah yang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah pada usia lanjut (Unger et al., 2020).

2.1.5 Pathway Hipertensi



Gambar 2. 1 Pathway Hipertensi

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi umumnya dapat dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu sebagai berikut:

1. Tanpa gejala khusus

Hipertensi sering kali tidak menimbulkan tanda atau keluhan yang khas. Banyak penderita tidak menyadari dirinya mengalami tekanan darah tinggi sampai dilakukan pemeriksaan tekanan darah oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu, hipertensi kerap baru terdeteksi setelah dilakukan pengukuran tekanan darah secara rutin.

2. Gejala yang sering muncul

Walaupun sering tanpa keluhan, beberapa penderita hipertensi dapat mengalami gejala tertentu. Keluhan yang paling sering dirasakan adalah sakit kepala dan mudah lelah. Selain itu, menurut Panma (2023), manifestasi klinis yang dapat muncul pada pasien hipertensi antara lain pusing, tubuh terasa lemas, cepat lelah, sesak napas, gelisah, mual, muntah, mimisan (epistaksis), hingga penurunan kesadaran pada kondisi yang lebih berat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien hipertensi dilakukan untuk mengetahui penyebab, faktor risiko, serta dampak hipertensi terhadap organ tubuh. Beberapa pemeriksaan yang sering dilakukan antara lain sebagai berikut:

1. Hemoglobin / hematokrit

Pemeriksaan ini bertujuan menilai hubungan jumlah sel darah terhadap volume cairan darah atau tingkat kekentalan darah. Selain itu, hasil pemeriksaan dapat menunjukkan adanya faktor risiko seperti anemia maupun kecenderungan pembekuan darah berlebih.

2. BUN (*Blood Urea Nitrogen*)

digunakan untuk menilai fungsi dan perfusi ginjal. Gangguan pada ginjal dapat berkaitan dengan hipertensi. Pemeriksaan glukosa darah juga penting

karena hiperglikemia atau diabetes melitus dapat menjadi faktor pencetus hipertensi.

3. Kalium serum

Kadar kalium yang rendah (hipokalemia) dapat menandakan adanya hiperaldosteronisme primer atau terjadi sebagai efek samping penggunaan obat diuretik.

4. Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium dalam darah dapat berhubungan dengan terjadinya tekanan darah tinggi.

5. Kolesterol dan trigliserid serum

Kadar kolesterol dan trigliserida yang tinggi dapat menunjukkan risiko pembentukan plak aterosklerosis yang berdampak pada sistem kardiovaskular.

6. Pemeriksaan fungsi Tiroid

Hipertiroidisme dapat menyebabkan peningkatan aktivitas metabolisme yang berujung pada vasokonstriksi dan hipertensi.

7. Kadar aldosteron urin/serum

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan hiperaldosteronisme primer sebagai salah satu penyebab hipertensi. Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab) :

a. Urinalisis

Adanya protein atau glukosa dalam urine dapat menandakan gangguan ginjal atau diabetes melitus.

b. Asam urat

Kadar asam urat yang tinggi (hiperurisemia) diketahui berhubungan dengan peningkatan risiko hipertensi.

c. Steroid urin

Peningkatan kadar steroid urin dapat mengarah pada kondisi hiperadrenalisme.

d. IVP (*Intravenous Pyelography*)

Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi penyebab hipertensi yang berasal dari ginjal, seperti penyakit parenkim ginjal atau batu ginjal dan ureter.

e. Foto dada (Rontgen Dada)

Pemeriksaan ini dapat menunjukkan pembesaran jantung, kalsifikasi katup, atau kelainan lain pada organ dada.

f. CT scan

CT scan digunakan untuk menilai kemungkinan adanya tumor serebral atau ensefalopati yang berhubungan dengan hipertensi.

g. EKG

EKG dapat mendeteksi pembesaran jantung, pola regangan jantung, gangguan hantaran listrik, serta peningkatan gelombang P yang menjadi salah satu tanda awal penyakit jantung akibat hipertensi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan menurunkan risiko kesakitan dan kematian akibat komplikasi kardiovaskular. Upaya ini dilakukan dengan mencapai serta mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Secara umum, prinsip pengelolaan hipertensi meliputi terapi nonfarmakologis atau tanpa obat sebagai berikut:

1. Terapi tanpa Obat

Pendekatan ini biasanya diterapkan pada penderita hipertensi ringan, serta sebagai terapi pendukung pada hipertensi sedang dan berat. Bentuk penanganannya antara lain:

a. Pengaturan Pola Makan (Diet)

Beberapa anjuran diet bagi penderita hipertensi meliputi:

- 1) Membatasi konsumsi garam secara bertahap, misalnya dari 10 gram per hari menjadi sekitar 5 gram per hari.
- 2) Menerapkan pola makan rendah kolesterol dan rendah lemak jenuh.

- 3) Menurunkan berat badan bila mengalami kelebihan berat badan.
- 4) Mengurangi konsumsi alkohol atau etanol.
- 5) Menghentikan kebiasaan merokok.

b. Aktifitas Fisik

Olahraga teratur sangat dianjurkan untuk membantu mengontrol tekanan darah. Jenis olahraga yang sesuai adalah aktivitas aerobik bersifat isotonik dan dinamis, seperti berjalan cepat, lari ringan, jogging, bersepeda, berenang, dan sejenisnya.

Latihan sebaiknya dilakukan dengan intensitas sedang, sekitar 60–80% kapasitas aerobik atau 72–87% denyut nadi maksimal. Durasi latihan berkisar 20–25 menit setiap sesi, dengan frekuensi minimal tiga kali seminggu dan idealnya lima kali seminggu.

c. Pendekatan Psikologis

Upaya ini bertujuan membantu penderita mengurangi stres dan kecemasan yang dapat memperburuk hipertensi. Bentuk intervensinya meliputi:

1) Teknik Biofeedback

Biofeedback merupakan metode yang membantu seseorang mengenali respons tubuhnya, seperti ketegangan otot atau perubahan denyut jantung, sehingga dapat belajar mengendalikannya secara sadar. Teknik ini sering digunakan pada keluhan fisik seperti sakit kepala, migrain, serta masalah psikologis seperti cemas dan tegang.

2) Teknik Relaksasi

Relaksasi adalah latihan untuk menurunkan ketegangan tubuh dan kecemasan dengan cara melemaskan otot-otot secara bertahap sehingga tubuh menjadi lebih tenang.

3) Pendidikan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan diberikan agar pasien memahami penyakit hipertensi, faktor risiko, cara pengobatan, serta langkah pencegahan

komplikasi. Dengan pengetahuan yang baik, pasien diharapkan mampu menjaga kesehatannya secara mandiri dan konsisten.

2.2 Konsep Ansietas

2.2.1 Konsep Ansietas

Ansietas merupakan respons seseorang terhadap stres dengan sumber ancaman yang sering kali tidak jelas atau sulit dikenali. Kondisi ini dirasakan sebagai sesuatu yang mengancam dan menimbulkan ketidaknyamanan secara emosional. Ansietas termasuk pengalaman subjektif yang wajar dialami individu, terutama saat menghadapi perubahan tahap perkembangan, perubahan situasi hidup, maupun ketika menderita penyakit tertentu. Menurut (Stuart, 2023), ansietas adalah perasaan takut yang penyebabnya tidak diketahui secara pasti dan biasanya berkaitan dengan rasa tidak pasti, tidak berdaya, kesepian, tidak aman, atau merasa terancam. Perasaan ini muncul sebagai sinyal bagi individu agar lebih siap menghadapi kemungkinan bahaya atau situasi yang dianggap mengancam. Ansietas merupakan respons fisiologis dan psikologis tubuh terhadap stres yang melibatkan aktivasi sistem saraf otonom dan sistem neuroendokrin. Ketika individu mempersepsikan adanya ancaman, baik ancaman nyata maupun ancaman yang bersifat psikologis, amigdala sebagai pusat pengolahan emosi akan mengirimkan impuls ke hipotalamus (McEwen & Akil, 2020). Hipotalamus kemudian mengoordinasikan respons stres melalui dua jalur utama, yaitu aktivasi sistem saraf simpatis (*fight or flight response*) dan *Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA) axis*. Kedua mekanisme tersebut bertujuan mempertahankan homeostasis tubuh dalam menghadapi stres, namun apabila berlangsung terus-menerus dapat menimbulkan gangguan fisiologis maupun psikologis, termasuk peningkatan tekanan darah dan ansietas kronis (Lund et al., 2015).

Seseorang yang mengalami ansietas umumnya menunjukkan tanda-tanda seperti cemas berlebihan, khawatir terus-menerus, takut terhadap pikirannya sendiri, gelisah, tegang, serta sulit merasa tenang. Kondisi tersebut

menggambarkan adanya gangguan emosional yang perlu diperhatikan (Lidiana et al., 2022). Secara umum, ansietas juga dapat diartikan sebagai perasaan tidak nyaman yang muncul akibat kekhawatiran terhadap ancaman, frustrasi, atau keadaan yang dianggap dapat mengganggu rasa aman, keseimbangan hidup, maupun kesejahteraan individu dan lingkungannya.

2.2.2 Etiologi Ansietas

Etiologi ansietas dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang secara umum dibagi menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan kondisi yang dapat meningkatkan kerentanan seseorang mengalami ansietas. Menurut (Anandari, 2024), faktor ini meliputi:

- a. Faktor biologis, yaitu berkaitan dengan keturunan atau genetik yang dapat memengaruhi respons emosional seseorang.
- b. Faktor psikologis, seperti konflik batin, pengalaman kehilangan, rasa khawatir berlebihan, serta pengalaman tidak menyenangkan di masa lalu.
- c. Faktor sosial budaya, yaitu kondisi hubungan interpersonal dan lingkungan sosial yang kurang memuaskan, misalnya pernah mengalami penolakan, perpisahan, atau memiliki harga diri rendah.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus yang secara langsung memicu munculnya ansietas. Menurut (Sari, 2020), ansietas timbul akibat adanya ancaman kondisi fisik maupun konsep diri seseorang, misalnya ketika mengalami penyakit berat atau kondisi yang dianggap mengancam jiwa.

Selain itu, menurut PPNI (2017), beberapa penyebab ansietas antara lain:

- a. Krisis situasional, krisis perkembangan atau maturasional.
- b. Kebutuhan hidup yang tidak terpenuhi.
- c. Ancaman terhadap konsep diri.
- d. Ketakutan terhadap kematian.
- e. Kekhawatiran akan kegagalan.

- f. Gangguan fungsi dalam keluarga.
- g. Hubungan orang tua dan anak yang kurang harmonis.
- h. Faktor keturunan, seperti temperamen yang mudah gelisah sejak lahir.
- i. Penyalahgunaan zat tertentu.
- j. Paparan lingkungan berbahaya, seperti toksin atau polusi.
- k. Kurangnya informasi atau pengetahuan mengenai situasi yang dihadapi.

2.2.3 Rentang Respon

Menurut Azizah et al. (2016), ansietas memiliki tingkatan respons yang dimulai dari kondisi masih normal dan dapat menyesuaikan diri hingga kondisi paling berat, yaitu panik. Rentang respons tersebut meliputi:



Gambar 2. 2 Rentang Respon Ansietas

Sumber; Azizah et al. (2016)

1. Antisipasi

Keadaan ketika seseorang masih mampu memahami situasi dengan baik. Tahap ini, cenderung bersiap menghadapi kemungkinan yang akan terjadi.

2. Ansietas Ringan

Ansietas ringan umumnya muncul karena tekanan atau masalah sehari-hari. Kondisi ini seseorang menjadi lebih waspada, lebih peka terhadap keadaan sekitar, dan lebih fokus dalam menghadapi situasi tertentu.

3. Ansietas Sedang

Pada tingkat sedang, perhatian seseorang mulai menyempit dan hanya tertuju pada hal-hal yang dianggap penting. Individu masih mampu menerima arahan dan menyelesaikan aktivitas dengan baik.

4. Ansietas Berat

Ansietas berat membuat seseorang sulit berkonsentrasi pada banyak hal sekaligus. Perhatian hanya terfokus pada satu masalah tertentu.

5. Panik

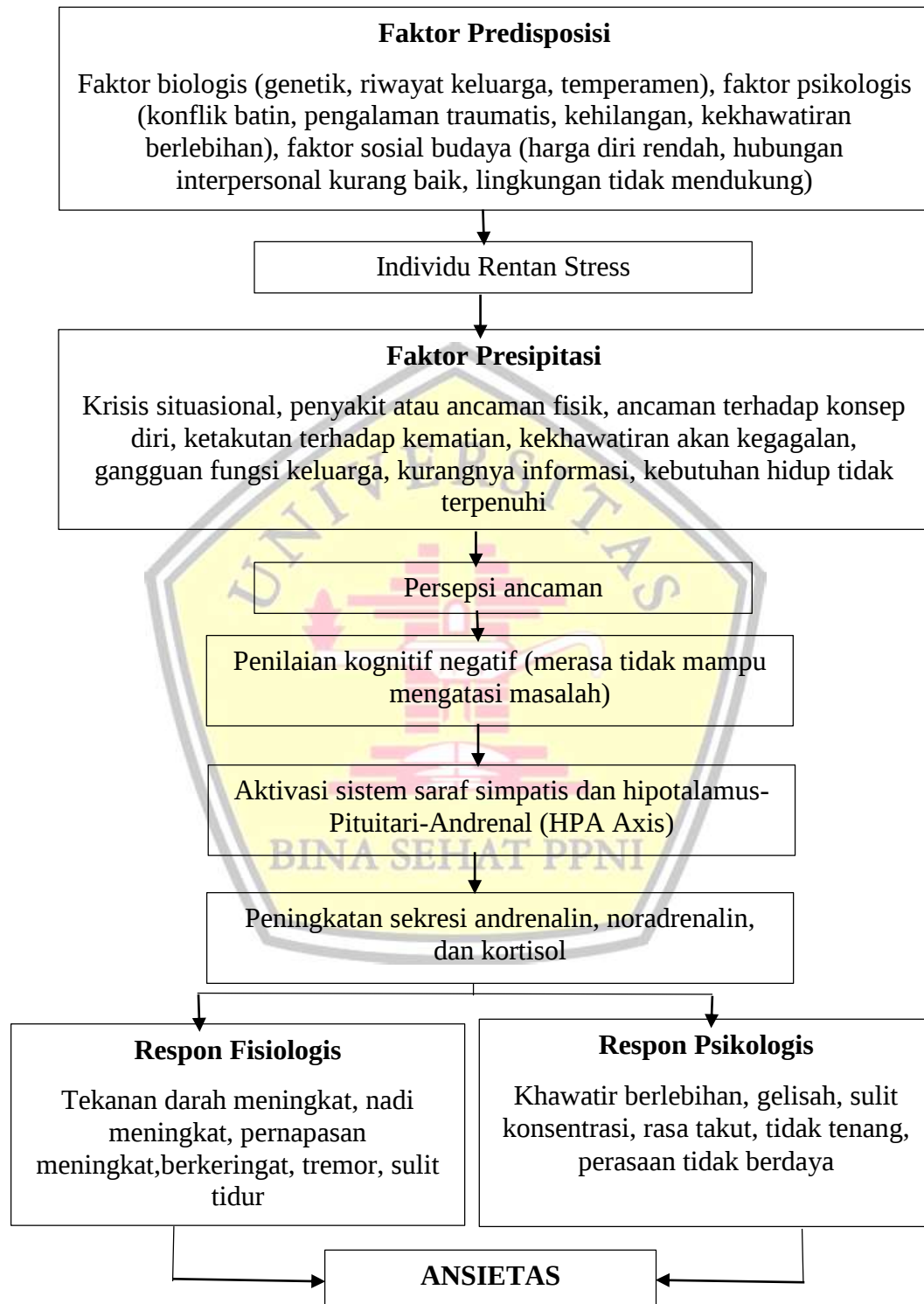
Panik yaitu tingkat ansietas tertinggi. Pada kondisi ini, seseorang merasa sangat takut, terancam, dan kehilangan kontrol diri. Individu sering tidak mampu bertindak secara efektif walau sudah diberi bantuan. Selain itu, panik menyebabkan perilaku tidak terarah, gangguan interaksi sosial, persepsi yang keliru, serta hilangnya kemampuan berpikir logis.

2.2.4 Proses terjadinya Ansietas

Sistem saraf pusat memiliki kemampuan untuk mengenali dan menafsirkan adanya ancaman, baik yang nyata maupun yang hanya dirasakan oleh individu. Persepsi terhadap ancaman tersebut muncul akibat rangsangan dari luar tubuh, seperti situasi lingkungan yang menegangkan, maupun rangsangan dari dalam diri, misalnya pikiran, pengalaman masa lalu, trauma, serta faktor keturunan. Rangsangan tersebut pertama kali diterima oleh pancaindra. Setelah itu, informasi diteruskan ke otak untuk diproses melalui beberapa bagian penting. Selanjutnya, sistem limbik berfungsi mengatur respons emosi, seperti takut, cemas, atau marah. Reticular Activating System meningkatkan kewaspadaan dan kesiagaan tubuh, sedangkan hipotalamus mengatur keseimbangan tubuh serta menghubungkan sistem saraf dengan sistem hormon (Devita et al., 2025).

Setelah hipotalamus menerima sinyal ancaman, bagian ini akan merangsang kelenjar hipofisis untuk melepaskan hormon tertentu. Kemudian memicu kelenjar adrenal untuk menghasilkan hormon stres, seperti adrenalin dan kortisol. Pelepasan hormon menyebabkan aktivasi sistem saraf otonom, terutama saraf simpatis. Akibatnya, tubuh menunjukkan respons siap siaga, seperti denyut jantung meningkat, tekanan darah naik, napas lebih cepat, otot menegang, dan tubuh menjadi lebih waspada. Mekanisme ini jika berlangsung terus-menerus, kondisi tersebut dapat menimbulkan gangguan seperti ansietas berkepanjangan (Devita et al., 2025).

2.2.5 Pathway Ansietas



Gambar 2. 3 Pathway Ansietas

2.2.6 Manifestasi Klinis Ansietas

Menurut Azizah et al. (2016), tanda dan gejala ansietas dapat terlihat melalui respons fisik, perilaku, kognitif, dan afektif. Penjelasan sebagai berikut:

1. Respons Fisiologis

Ansietas dapat menimbulkan berbagai perubahan pada fungsi tubuh, antara lain:

a. Sistem kardiovaskular

Jantung berdebar, palpitasi, tekanan darah meningkat, merasa seperti akan pingsan, serta pada kondisi tertentu tekanan darah dan denyut nadi dapat menurun.

b. Sistem pernapasan

Napas menjadi cepat, dangkal, terasa sesak, dada terasa tertekan atau seperti tercekik, serta napas terengah-engah.

c. Sistem neuromuskular

Refleks tubuh meningkat, mudah terkejut, mata sering berkedip, sulit tidur, gelisah, wajah tampak tegang, dan tubuh terasa lemah secara umum.

d. Sistem gastrointestinal

Nafsu makan menurun, menolak makan, rasa tidak nyaman pada perut atau ulu hati, mual, hingga diare.

e. Sistem perkemihan dan pencernaan

Sulit menahan buang air besar maupun buang air kecil, serta nyeri saat berkemih.

f. Sistem integumen (kulit)

Wajah terasa panas atau terbakar, telapak tangan berkeringat, gatal-gatal, sensasi panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, serta keringat berlebih di seluruh tubuh.

2. Respon Perilaku

Ansietas juga dapat terlihat dari perubahan perilaku, seperti gelisah, tegang secara fisik, tremor, gugup, berbicara cepat, koordinasi menurun, mudah mengalami cedera, menarik diri dari lingkungan, menghindari masalah, hiperventilasi, atau mencoba melarikan diri dari situasi yang dihadapi.

3. Respon Kognitif

Pada aspek berpikir, ansietas dapat menyebabkan perhatian mudah terganggu, sulit berkonsentrasi, mudah lupa, salah menilai keadaan, pikiran terasa buntu (blocking), persepsi menyempit, kreativitas dan produktivitas menurun, kebingungan, sangat waspada, kehilangan objektivitas, serta muncul ketakutan berlebihan terhadap kecelakaan atau kematian.

4. Respon Afektif

Secara emosional, penderita ansietas dapat menjadi mudah tersinggung, tidak sabar, tegang, takut berlebihan, merasa diteror, sangat gugup, dan terus-menerus merasa cemas.

2.2.7 Penatalaksanaan Ansietas

Menurut (Mawaddah, 2019), manajemen ansietas dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis.

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Terapi farmakologis dilakukan dengan pemberian obat untuk membantu mengurangi gejala kecemasan. Obat yang sering digunakan adalah golongan benzodiazepin. Obat ini umumnya diberikan untuk penggunaan jangka pendek karena cukup efektif meredakan ansietas. Namun, penggunaan dalam waktu lama tidak dianjurkan karena dapat menimbulkan toleransi dan ketergantungan. Selain benzodiazepin, terdapat obat anticemas nonbenzodiazepin seperti buspirone (Buspar), serta beberapa jenis antidepresan yang juga digunakan untuk membantu mengatasi gangguan kecemasan.

b. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Pendekatan nonfarmakologis dilakukan tanpa obat dan bertujuan membantu pasien mengelola kecemasan secara alami. Beberapa cara yang dapat dilakukan antara lain:

1. Distraksi

Distraksi merupakan teknik mengalihkan perhatian pasien dari rasa cemas menuju hal lain yang lebih menyenangkan atau menenangkan. Pengalihan perhatian ini dapat membantu menurunkan fokus terhadap rasa takut dan memicu pelepasan endorfin, sehingga perasaan cemas berkurang.

2. Peningkatan Pengetahuan

Memberikan edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang dialami, proses terjadinya penyakit, cara perawatan, perubahan gaya hidup yang diperlukan, serta upaya pencegahan komplikasi dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan mampu mengontrol kondisinya.

3. Doa dan Dzikir

Doa dan dzikir dapat menjadi salah satu metode nonfarmakologis untuk mengurangi ansietas. Aktivitas spiritual ini membantu menumbuhkan keyakinan, ketenangan batin, serta perasaan bahwa setiap masalah dapat dihadapi dengan pertolongan Tuhan.

4. Relaksasi

Teknik relaksasi dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, seperti latihan napas dalam, meditasi, relaksasi imajinasi terbimbing, visualisasi, maupun relaksasi otot progresif. Metode ini bermanfaat untuk menurunkan ketegangan fisik dan mental sehingga pasien merasa lebih nyaman.

2.2.8 Pengukuran Ansietas dengan HARS

Ansietas dapat dinilai menggunakan alat ukur Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Instrumen ini digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan berdasarkan gejala yang muncul pada seseorang. Skala HARS dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1959 dan hingga saat ini banyak digunakan

sebagai standar penilaian ansietas, terutama dalam penelitian klinis. Menurut (Dede et al., 2022), HARS memiliki tingkat validitas berkisar 0,529-0,727, yang seluruhnya memenuhi kriteria validitas ($r > 0,30$) dan reliabilitas yang dapat diterima dengan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,756, sehingga dinilai cukup akurat untuk mengukur tingkat ansietas.

Pada skala HARS terdapat 14 kelompok gejala yang dinilai. Setiap item diberi skor dari 0 sampai 4, yaitu dari tidak ada gejala hingga gejala sangat berat.

a. Komponen Penilaian HARS

1) Perasaan cemas

Ditandai dengan rasa khawatir, firasat buruk, takut terhadap pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.

2) Ketegangan

Meliputi rasa tegang, mudah lelah, sulit rileks, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, dan gelisah.

3) Ketakutan

Seperti takut gelap, takut ditinggal sendiri, takut pada orang asing, takut binatang besar, takut keramaian lalu lintas, atau takut berada di kerumunan.

4) Gangguan tidur

Sulit memulai tidur, sering terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dalam keadaan lelah, banyak mimpi, atau mimpi buruk.

5) Gangguan konsentrasi dan daya pikir

Sulit berkonsentrasi, mudah lupa, dan penurunan daya ingat.

6) Perasaan depresi

Kehilangan minat, merasa sedih, bangun terlalu pagi, tidak menikmati hobi, dan suasana hati berubah-ubah sepanjang hari.

7) Gejala somatik otot

Nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi bergemeretak, atau suara tidak stabil.

8) Gejala sensorik

Telinga berdenging, penglihatan kabur, wajah memerah atau pucat, tubuh terasa lemah, serta sensasi seperti tertusuk-tusuk.

9) Gejala kardiovaskular

Jantung berdebar, denyut jantung cepat, nyeri dada, denyut nadi kuat, lemas seperti mau pingsan, atau sensasi jantung berhenti sesaat.

10) Gejala pernapasan

Dada terasa sempit, rasa tercekik, sesak napas, atau sering menarik napas panjang.

11) Gejala gastrointestinal

Sulit menelan, mual, perut mulas, gangguan pencernaan, nyeri lambung, rasa panas di perut, kembung, muntah, diare, konstipasi, hingga penurunan berat badan.

12) Gejala urogenital

Sering buang air kecil, sulit menahan kencing, gangguan menstruasi, penurunan gairah seksual, ejakulasi dini, gangguan ereksi, atau impotensi.

13) Gejala otonom

Mulut kering, wajah merah, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala terasa berat, dan bulu kuduk berdiri.

14) Perilaku saat wawancara

Tampak gelisah, tidak tenang, jari gemetar, dahi berkerut, wajah tegang, tonus otot meningkat, napas cepat dan pendek, serta wajah memerah.

b. Cara Pemberian Skor

Setiap item dinilai dengan kategori berikut:

0 = Tidak ada gejala

1 = Satu gejala muncul

2 = Gejala sedang / sekitar setengah gejala muncul

3 = Gejala berat / lebih dari setengah gejala muncul

4 = Semua gejala muncul dengan sangat berat

c. Interpretasi Hasil Skor Total

Nilai total diperoleh dari penjumlahan skor 14 item, dengan interpretasi sebagai berikut:

< 14 = Tidak ada ansietas

14–20 = Ansietas ringan

21–27 = Ansietas sedang

28–41 = Ansietas berat

42–56 = Ansietas sangat berat / panik.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ansietas

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas

Pada tahap pengkajian, perawat atau mahasiswa terlebih dahulu melakukan pengenalan serta membuat kontrak awal dengan klien. Hal yang perlu disampaikan meliputi nama petugas, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan pertemuan, waktu dan tempat pelaksanaan, serta topik yang akan dibahas. Selain itu, data identitas lain seperti usia klien, nomor rekam medis, tanggal pengkajian, dan sumber informasi yang diperoleh juga perlu dicatat secara lengkap.

b. Alasan Masuk

Selanjutnya, tanyakan kepada klien, keluarga, atau pihak terkait mengenai alasan datang ke rumah sakit. Gali informasi tentang keluhan utama yang dirasakan, kejadian yang menyebabkan klien membutuhkan perawatan, serta tindakan yang telah dilakukan sebelumnya di rumah untuk mengatasi masalah tersebut beserta hasilnya.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko maupun faktor pelindung yang memengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi stresor. Faktor ini dapat berasal dari aspek biologis, psikologis, maupun sosial budaya.

1) Faktor Biologis

Faktor biologis berkaitan dengan kondisi fisik atau fisiologis individu yang dapat memicu munculnya ansietas. Beberapa teori menjelaskan bahwa faktor ini berhubungan dengan aspek genetik dan biologis. Teori genetik menekankan bahwa kecenderungan mengalami ansietas dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan. Sementara itu, teori biologis melihat adanya keterlibatan sistem saraf, hormon, struktur anatomi, serta zat kimia di otak yang berperan dalam timbulnya kecemasan.

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis didasari oleh teori psikoanalitik dan teori perilaku. Menurut teori psikoanalitik yang dikemukakan Sigmund Freud, ansietas muncul akibat konflik batin yang tidak terselesaikan, dorongan agresif, kebutuhan yang terhambat, atau ancaman terhadap ego. Sebagai contoh, pengalaman masa kecil seperti kurang kasih sayang, takut kehilangan perhatian orang tua, atau konflik emosional yang tidak terselesaikan dapat menimbulkan rasa tidak aman. Perasaan tersebut dapat berlanjut hingga masa remaja atau dewasa dan memicu ansietas.

3) Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya dapat dijelaskan melalui teori interpersonal dan teori sosial budaya. Dari sudut pandang interpersonal, ansietas sering muncul karena kekhawatiran akan penolakan dari orang lain atau hubungan sosial yang tidak harmonis. Selain itu, pengalaman traumatis pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan orang terdekat, perpisahan, atau merasa tidak berdaya, juga dapat meningkatkan risiko ansietas. Individu dengan harga diri rendah umumnya lebih rentan mengalami kecemasan yang berat.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan dari dalam maupun luar diri yang dirasakan sebagai ancaman dan dapat memicu timbulnya ansietas. Faktor ini sering disebut sebagai faktor pencetus, yaitu keadaan atau peristiwa tertentu

yang menyebabkan seseorang mengalami kecemasan. Beberapa situasi yang dapat menjadi pemicu ansietas antara lain sebagai berikut:

1) Kebutuhan Dasar Tidak Terpenuhi

Ansietas dapat muncul ketika kebutuhan pokok seseorang tidak terpenuhi, seperti kebutuhan makan, udara, rasa nyaman, dan rasa aman.

2) Perubahan Situasi Hidup

Perubahan yang berasal dari diri sendiri maupun lingkungan sekitar dapat menimbulkan tekanan emosional, terutama jika individu sulit menyesuaikan diri.

3) Ancaman terhadap Konsep Diri

Situasi yang memengaruhi harga diri dan identitas seseorang dapat memicu ansietas, misalnya perubahan status sosial, kehilangan kehormatan, kegagalan, keberhasilan yang menimbulkan tekanan, dilema moral, hilangnya pengakuan dari orang lain, atau konflik dengan nilai yang diyakini.

4) Kehilangan Orang yang Dicintai

Kematian, perceraian, perpisahan karena pekerjaan atau perpindahan tempat tinggal, baik sementara maupun permanen, dapat menimbulkan rasa kehilangan yang memicu kecemasan.

5) Ancaman terhadap Kondisi Fisik

Keadaan yang berhubungan dengan kesehatan tubuh juga dapat menjadi pencetus ansietas, seperti penyakit serius, prosedur invasif, kekerasan fisik, kecacatan, diagnosis penyakit yang belum jelas, kondisi menjelang ajal, maupun rencana operasi.

6) Perubahan Lingkungan

Perubahan lingkungan hidup seperti menjalani hukuman penjara, pensiun, rawat inap di rumah sakit, pengungsian, bencana alam, pencemaran lingkungan, paparan zat berbahaya, atau penugasan militer dapat menimbulkan rasa tidak aman dan cemas.

7) Perubahan Status Sosial Ekonomi

Masalah pekerjaan dan ekonomi juga dapat menjadi pemicu ansietas, misalnya pengangguran, promosi jabatan, mutasi kerja, atau memulai pekerjaan baru.

8) Harapan yang Tidak Realistis

Target atau keinginan yang terlalu tinggi dan sulit dicapai dapat menimbulkan tekanan psikologis.

9) Kurangnya Informasi

Ketidaktahuan mengenai kondisi yang sedang dihadapi sering menimbulkan ketidakpastian dan rasa cemas.

10) Disfungsi Sistem Keluarga

Hubungan keluarga yang tidak harmonis, konflik berkepanjangan, atau kurangnya dukungan keluarga dapat meningkatkan risiko ansietas.

11) Penyalahgunaan Zat

Penggunaan alkohol, narkoba, atau zat adiktif lainnya dapat memicu maupun memperberat kecemasan.

12) Perubahan Tahap Perkembangan

a) Masa bayi dan anak-anak

Perpisahan dengan orang tua, lingkungan baru, orang asing, perubahan pengasuh, atau perubahan teman bermain dapat menimbulkan kecemasan.

b) Masa remaja

Perubahan konsep diri, tekanan dari teman sebaya, serta pengalaman kehilangan atau kematian dapat menjadi pemicu ansietas.

c) Masa dewasa

Masalah pernikahan, kehamilan, peran sebagai orang tua, perubahan karier, penuaan, keguguran, komplikasi kehamilan, dan persalinan dapat memunculkan kecemasan.

d) Masa lanjut usia

Masalah keuangan, menurunnya fungsi pancaindra, dan pensiun sering menjadi sumber ansietas pada lansia.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan ansietas bertujuan untuk mengenali gejala fisik yang muncul akibat kecemasan serta menyingkirkan kemungkinan adanya penyakit fisik lain sebagai penyebab. Pemeriksaan ini meliputi penilaian tanda-tanda vital, pemeriksaan neurologis, serta evaluasi berbagai sistem organ tubuh.

f. Psikososial

1) Genogram

Genogram digunakan untuk menggambarkan struktur keluarga pasien, hubungan antaranggota keluarga, riwayat kesehatan, serta pola hubungan yang dapat berpengaruh terhadap kondisi psikologis pasien.

2) Konsep Diri

1) Gambaran Diri

Pengkajian gambaran diri dilakukan dengan menanyakan bagaimana pasien memandang kondisi tubuhnya, perubahan fisik yang dialami, serta perasaan pasien terhadap penampilan dirinya.

2) Identitas Diri

Tanyakan kepada pasien mengenai status dan kedudukannya sebelum dirawat, seperti sebagai pelajar, pekerja, anggota keluarga, atau bagian dari kelompok sosial tertentu. Kaji juga tingkat kepuasan pasien terhadap posisi tersebut. Selain itu, tanyakan bagaimana perasaan pasien terhadap identitas dirinya sebagai laki-laki atau perempuan.

3) Fungsi Peran

Kaji tugas dan tanggung jawab yang biasa dijalankan pasien di dalam keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Tanyakan apakah pasien

mampu menjalankan peran tersebut dengan baik atau mengalami hambatan sejak sakit.

4) Ideal Diri

Identifikasi harapan pasien terhadap kondisi tubuh, status sosial, pekerjaan, serta peran yang dijalani. Tanyakan pula harapan pasien terhadap keluarga, sekolah, tempat kerja, lingkungan masyarakat, maupun kesembuhan penyakit yang sedang dialami.

5) Harga Diri

Pengkajian harga diri dilakukan dengan menilai bagaimana hubungan pasien dengan orang lain serta bagaimana pasien memandang nilai dirinya sendiri. Selain itu, tanyakan bagaimana pasien merasakan penghargaan, penerimaan, atau penilaian dari orang lain terhadap dirinya dan kehidupannya.

3) Hubungan Sosial

Tanyakan kepada pasien siapa orang yang paling dekat dalam kehidupannya, tempat berbagi cerita, meminta bantuan, atau mencari dukungan saat menghadapi masalah. Kaji juga kelompok sosial atau organisasi yang diikuti pasien di masyarakat serta sejauh mana keterlibatannya dalam kegiatan sosial tersebut. Data yang ditemukan dapat digunakan sebagai dasar penetapan masalah keperawatan.

4) Spiritual

1) Nilai dan Keyakinan

Kaji pandangan pasien terhadap gangguan jiwa atau masalah kesehatan yang dialami berdasarkan nilai budaya dan agama yang dianut. Tanyakan pula bagaimana pandangan keluarga maupun masyarakat sekitar terhadap kondisi tersebut.

2) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kebiasaan ibadah pasien di rumah, baik dilakukan secara pribadi maupun bersama kelompok. Selain itu, gali pendapat pasien

dan keluarga mengenai pentingnya kegiatan ibadah dalam kehidupan sehari-hari serta hubungannya dengan proses penyembuhan.

g. Status Mental

1) Penampilan

Data mengenai penampilan diperoleh melalui observasi perawat maupun informasi dari keluarga. Penampilan klien dinilai tidak rapi apabila terlihat ketidakteraturan dari kepala hingga kaki, misalnya rambut kusut, pakaian terbalik, kancing baju salah pasang, resleting terbuka, atau pakaian jarang diganti. Penggunaan pakaian juga dapat dinilai tidak sesuai apabila tidak cocok dengan situasi, waktu, tempat, maupun kondisi diri klien. Selain itu, perawat perlu mencatat hal-hal lain yang tampak pada klien tetapi belum tercantum dalam pedoman pengkajian. Masalah keperawatan ditentukan berdasarkan data yang ditemukan selama observasi.

2) Pembicaraan

Pembicaraan klien diamati dari kecepatan, volume suara, kelancaran, dan respons saat berkomunikasi. Pada beberapa kondisi, klien dapat berbicara sangat cepat, terlalu keras, gagap, lambat, diam, atau tampak kurang bersemangat. Bila isi pembicaraan berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain tanpa hubungan yang jelas, maka hal tersebut menunjukkan pembicaraan inkoheren. Temuan lain yang tidak tercantum juga perlu dicatat sebagai dasar penetapan masalah keperawatan.

3) Aktifitas Motorik

Aktivitas motorik dinilai melalui pengamatan langsung maupun informasi dari keluarga. Klien dapat tampak lesu, tegang, atau gelisah. Agitasi ditandai dengan gerakan berlebihan akibat rasa tidak tenang. Tik berupa gerakan kecil pada otot tertentu yang terjadi tanpa disadari. Grimasen tampak sebagai perubahan ekspresi wajah yang tidak terkontrol. Tremor biasanya terlihat pada jari-jari yang gemetar saat tangan direntangkan. Selain itu, perilaku kompulsif dapat muncul dalam bentuk aktivitas

berulang, seperti sering mencuci tangan, mandi berulang kali, atau melakukan tindakan tertentu secara terus-menerus. Semua perilaku lain yang muncul perlu dicatat untuk menentukan masalah keperawatan yang sesuai.

4) Alam Perasaan

Alam perasaan menggambarkan kondisi emosional klien, misalnya sedih, putus asa, atau gembira secara berlebihan. Pada klien dengan ansietas sering ditemukan rasa khawatir terhadap keadaan yang sedang dialami maupun ketakutan terhadap sesuatu yang dianggap mengancam. Bila terdapat perasaan lain di luar kategori tersebut, maka perlu didokumentasikan. Berdasarkan data ini, masalah keperawatan yang sering muncul adalah ansietas.

5) Afek

Afek merupakan ekspresi emosi yang tampak dari luar. Afek datar ditandai tidak adanya perubahan ekspresi wajah meskipun mendapat rangsangan menyenangkan atau menyedihkan. Afek tumpul terlihat ketika klien hanya bereaksi terhadap rangsangan emosional yang kuat. Afek labil ditandai perubahan emosi yang cepat dan tidak stabil. Saat wawancara, klien dengan ansietas umumnya menunjukkan kontak mata kurang baik dan cenderung menghindari tatapan lawan bicara.

6) Proses Pikir

Proses pikir mencakup cara klien menerima informasi, menghubungkan ide, dan mengambil keputusan. Pada klien dengan ansietas, alur pikir sering terganggu karena dipenuhi rasa takut dan kekhawatiran berlebihan. Isi pikir biasanya berfokus pada kemungkinan buruk, ancaman, atau bahaya yang belum tentu nyata. Klien sering memikirkan risiko secara berlebihan meskipun tidak ada alasan yang jelas.

7) Tingkat Kesadaran

Pada umumnya klien dengan ansietas berada dalam keadaan sadar penuh atau *compos mentis*, sehingga masih mampu mengenali waktu, tempat, dan orang di sekitarnya dengan baik.

8) Memori

Kemampuan mengingat pada klien ansietas umumnya masih baik. Klien masih dapat mengingat kejadian masa lalu maupun informasi yang baru saja diterima.

9) Tingkat Konsentrasi

Konsentrasi klien sering terganggu karena pikiran dipenuhi rasa cemas, takut, dan bayangan negatif. Perhatian klien mudah teralihkan oleh kekhawatiran terhadap hal-hal yang dianggap berbahaya atau dapat menimbulkan kegagalan.

10) Kemampuan Penilaian/ Pengambilan Keputusan

Klien dengan ansietas sering mengalami kesulitan menentukan pilihan atau menetapkan tujuan. Hal ini terjadi karena klien cenderung melihat risiko secara berlebihan dan takut gagal, sehingga keputusan yang diambil menjadi terlalu hati-hati atau justru menghindari keputusan sama sekali.

11) Daya Tilik

Daya tilik berkaitan dengan kemampuan klien memahami kondisi dirinya. Pada beberapa klien, ditemukan penyangkalan terhadap penyakit yang dialami, seperti tidak menyadari perubahan fisik maupun emosional, merasa tidak membutuhkan bantuan, atau menolak membicarakan masalah kesehatannya. Ada pula klien yang menyalahkan orang lain atau lingkungan sebagai penyebab timbulnya penyakit dan masalah yang sedang dialami.

h. Kebutuhan Perencanaan Pulang

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

b. Kegiatan hidup Sehari-hari (ADL)

1) Perawatan Diri

Pada pasien dengan ansietas, kemampuan merawat diri umumnya masih baik. Pasien biasanya masih mampu mandi, berpakaian, menjaga kebersihan diri, dan melakukan kebutuhan pribadi secara mandiri. Namun, pada kondisi ansietas berat, kemampuan ini dapat menurun karena pasien terlalu fokus pada rasa cemas yang dialami.

2) Nutrisi

Perlu dikaji pola makan pasien, termasuk nafsu makan, frekuensi makan, dan jumlah asupan makanan. Pada beberapa pasien ansietas, kecemasan dapat menyebabkan nafsu makan menurun atau sebaliknya makan berlebihan sebagai bentuk pelampiasan stres.

3) Pola Tidur

Gangguan tidur sering terjadi pada pasien ansietas. Pasien dapat mengalami kesulitan memulai tidur, sering terbangun di malam hari, tidur tidak nyenyak, atau bangun dalam keadaan lelah akibat pikiran cemas yang berlebihan.

c. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan klien untuk menghadapi masalah atau stres yang dialami. Perawat perlu mengkaji bagaimana respons pasien saat menghadapi tekanan. Koping adaptif ditunjukkan dengan perilaku positif, seperti berbicara dengan orang lain, mencari dukungan, mampu menyelesaikan masalah, melakukan teknik relaksasi, berolahraga, atau melakukan kegiatan yang bermanfaat. Sebaliknya, koping maladaptif terlihat dari perilaku yang merugikan, seperti menghindari masalah, merokok, mengonsumsi alkohol, bereaksi berlebihan, menarik diri, melukai diri sendiri, atau tindakan lain yang tidak membantu penyelesaian masalah.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil analisis dari data pengkajian yang telah dikumpulkan. Dalam menetapkan diagnosis ansietas,

perawat perlu menemukan tanda dan gejala yang sesuai, baik berupa data subjektif maupun objektif. Adanya karakteristik tersebut akan membantu memperkuat keyakinan perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan ansietas. Menurut SDKI, ansietas merupakan kondisi emosional yang disertai pengalaman subjektif berupa rasa tidak nyaman terhadap suatu objek atau situasi yang tidak jelas dan tidak spesifik, muncul karena adanya antisipasi terhadap bahaya, sehingga mendorong individu untuk melakukan tindakan dalam menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Annsietas (D.0080)

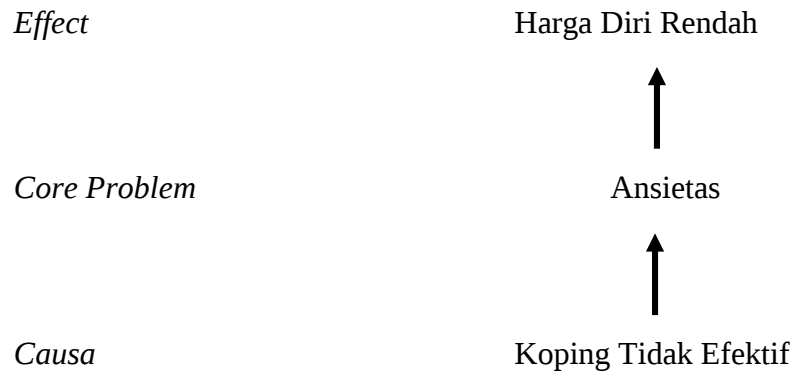
Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

1. Krisis situasional.
2. Kebutuhan tidak terpenuhi.
3. Krisis maturasional.
4. Ancaman terhadap konsep diri.
5. Ancaman terhadap kematian.
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan.
7. Disfungsi sistem keluarga.
8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.
9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir).
10. Penyalahgunaan zat.
11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).
12. Kurang terpapar informasi.

2.3.3 Pohon Masalah



Gambar 2. 4 Pohon Masalah Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.4 Perencanaan

Tindakan utama yang diberikan pada pasien dengan diagnosa Ansietas berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi:

1. Reduksi Ansietas (I.09314)
2. Teknik Relaksasi (I.09326)

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pernafasan menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
	9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 7. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu Terapi Relaksasi (09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan buaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

No	Strategi Pelaksanaan (SP)
1	SP 1 Pasien : Bina hubungan saling percaya 1. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam terapeutik) 2. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 4. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan 5. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
2	SP 2 Pasien : Pasien mampu mengenal ansietas 1. Evaluasi keberhasilan SP 1 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Menemani pasien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan 4. Memahami situasi yang membuat ansietas 5. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas
3	SP 3 Pasien : Pasien mampu mengetahui proses ansietas 1. Evaluasi keberhasilan SP 2 2. Mengajukan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Mendengarkan dengan penuh perhatian 4. Melatih Relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i>
4	SP 4 Pasien : Pasien mampu mengetahui proses ansietas 1. Menjelaskan teknik relaksasi yang akan diajarkan 2. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan jenis Relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i> 3. Menjelaskan secara rinci teknik relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i> 4. Mengajukan mengambil posisi yang nyaman 5. Mengajukan telang dan merasakan sensasi relaksasi 6. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i> 7. Mengajukan sering mengulangi dan melatih teknik relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i> 8. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5	SP 5 Pasien : Pasien mampu mengatasi ansietas melalui terapi distraksi 1. Mengidentifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan 2. Menggunakan teknik distraksi (mis. membaca buku, menonton televisi, bermain, membaca cerita atau lainnya)

No	Strategi Pelaksanaan (SP)
	3. Menjelaskan manfaat dan jenis distraksi bagi panca indera (mis. musik, televisi, video dll) 4. Mengajukan penggunaan teknik sesuai dengan tingkat energi, kemampuan, usia, tingkat perkembangan 5. Mengajukan membuat daftar aktivitas yang menyenangkan 6. Mengajukan berlatih teknik distraksi
6	SP 6 Pasien : Pasien mampu mengatasi ansietas melalui terapi hipnosis 1. Memberikan lingkungan yang nyaman, nyaman dan bebas gangguan 2. Duduk dengan nyaman, setengah menghadap pasien, jika perlu 3. Memberikan saran dengan cara asertif 4. Memfasilitasi mengidentifikasi teknik hipnosis yang tepat (mis. gerakan tangan ke wajah, teknik eskalasi, fraksinasi) 5. Menghindari menebak apa yang dipikirkan 6. Memfasilitasi menggunakan semua indera selama proses terapi 7. Mengajukan menarik napas dalam untuk mengintensif relaksasi 8. Mengajukan umpan balik positif setelah setiap sesi
7	SP 1 Keluarga : Manajemen Dimensi 1. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam terapeutik) 2. Menjelaskan tujuan interaksi dan membuat kontrak waktu topik dan tempat 3. Libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan, dan mengevaluasi perawatan 4. Ajarkan keluarga cara perawatan demensia
8	SP 2 Keluarga : Dukungan Emosional 1. Evaluasi kemampuan keluarga 2. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu 3. Mengajukan keluarga untuk tetap bersama pasien 4. Membuat perencanaan kepulangan pasien bersama keluarga

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan secara terstruktur dan berkesinambungan untuk menilai hasil tindakan yang telah diberikan kepada pasien. Pada tahap ini, perawat membandingkan kondisi pasien saat ini dengan tujuan atau target yang sebelumnya telah direncanakan. Melalui evaluasi, dapat diketahui apakah

intervensi keperawatan yang dilakukan sudah efektif dalam meningkatkan status kesehatan pasien atau masih memerlukan perubahan pendekatan.

Selain menilai perkembangan pasien, evaluasi keperawatan juga berfungsi sebagai bahan refleksi bagi perawat dalam menilai mutu pelayanan yang telah diberikan. Informasi yang digunakan dalam proses evaluasi berasal dari data subjektif dan objektif yang diperoleh selama masa perawatan. Data tersebut menjadi dasar dalam menentukan langkah selanjutnya agar kebutuhan pasien tetap terpenuhi secara optimal. Dalam menilai keberhasilan tujuan keperawatan, terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi, yaitu:

a. Tujuan tercapai

Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien telah mampu memperlihatkan perubahan atau perilaku sesuai target yang telah ditentukan dalam batas waktu yang direncanakan.

b. Tujuan tercapai sebagian

Pasien telah menunjukkan adanya kemajuan, namun hasil yang dicapai belum sepenuhnya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

c. Tujuan belum tercapai

Pasien belum mampu menunjukkan perubahan yang diharapkan, sehingga diperlukan peninjauan ulang terhadap rencana tindakan keperawatan.

Agar pencatatan perkembangan pasien lebih mudah dan sistematis, evaluasi keperawatan umumnya menggunakan format SOAP, yaitu:

S (Subjective) : data berasal dari keluhan, perasaan, atau pengalaman yang disampaikan langsung oleh pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan.

O (Objective) : data nyata yang diperoleh dari hasil observasi langsung, pemeriksaan fisik, maupun pengukuran tanda vital setelah intervensi diberikan.

A (Assessment) : bagian ini berisi analisis atau penilaian terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan sejauh mana tujuan keperawatan telah tercapai. Hasil penilaian dapat berupa tujuan tercapai, tercapai sebagian, atau belum tercapai.

P (Planning) : merupakan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi. Perencanaan dapat berupa melanjutkan tindakan yang efektif, menghentikan intervensi yang tidak diperlukan, memodifikasi strategi, atau menambahkan tindakan baru sesuai kebutuhan pasien.

2.4 Konsep Terapi *Slow Deep Breathing*

2.4.1 Definisi Terapi *Slow Deep Breathing*

Slow deep breathing merupakan salah satu teknik relaksasi yang dilakukan secara sadar dengan cara mengatur pola napas menjadi lebih dalam, perlahan, dan teratur. Metode ini menekankan pada pengendalian inspirasi serta ekspirasi sehingga tubuh berada dalam keadaan lebih tenang. Latihan pernapasan ini tidak hanya bermanfaat bagi kesehatan fisik, tetapi juga memberikan dampak positif terhadap kondisi psikologis seseorang. Secara fisiologis, *slow deep breathing* dapat membantu memperbaiki fungsi sistem pernapasan dan sirkulasi darah. Pola napas yang lambat dan dalam mampu meningkatkan variasi interval pernapasan serta mendukung kerja barorefleks, yaitu mekanisme alami tubuh yang berperan dalam menjaga kestabilan tekanan darah. Ketika sensitivitas barorefleks meningkat, tubuh menjadi lebih mampu menyesuaikan perubahan tekanan darah sehingga kondisi kardiovaskular menjadi lebih stabil (Aryani, 2022).

Dari beberapa teknik pernapasan lain, *slow deep breathing* sering dianggap lebih nyaman karena dilakukan dengan ritme yang lembut dan tidak memerlukan tenaga besar. Saat latihan dilakukan secara benar, pasien biasanya merasakan tubuh lebih rileks, pikiran lebih tenang, dan ketegangan berkurang. Selain itu, stimulasi pada baroreseptor yang terjadi selama latihan juga berhubungan dengan pengaturan respons emosional, sehingga teknik ini bermanfaat untuk menurunkan kecemasan, stres, dan meningkatkan rasa nyaman. *Slow deep breathing* dapat menjadi salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif karena sederhana, aman, mudah dipelajari, serta dapat dilakukan secara mandiri dalam berbagai kondisi kesehatan tertentu (Aryani, 2022).

2.4.2 Tujuan Terapi *Slow Deep Breathing*

Teknik relaksasi *slow deep breathing* atau latihan napas dalam dilakukan untuk membantu tubuh memperoleh pola pernapasan yang lebih efektif dan teratur. Latihan ini bertujuan meningkatkan proses pertukaran oksigen dan karbon dioksida sehingga fungsi pernapasan menjadi lebih optimal. Dengan napas yang lambat dan terkontrol, paru-paru dapat mengembang secara maksimal, ventilasi alveoli meningkat, serta udara yang terjebak di saluran napas dapat berkurang. Selain manfaat fisiologis, *slow deep breathing* juga bertujuan memberikan efek menenangkan pada tubuh dan pikiran. Teknik ini dapat membantu menurunkan rasa cemas, mengurangi ketegangan otot, serta menurunkan beban kerja pernapasan. Frekuensi napas menjadi lebih lambat dan stabil sehingga tubuh berada dalam kondisi rileks. Latihan ini juga bermanfaat dalam mengurangi stres fisik maupun emosional serta menjaga keseimbangan pertukaran gas dalam tubuh (Herawati et al., 2023).

2.4.3 Manfaat Terapi *Slow Deep Breathing*

Terapi *slow deep breathing* memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan fisik dan psikologis. Beberapa manfaat tersebut antara lain:

1. Membantu mengurangi rasa cemas, gelisah, dan kekhawatiran berlebihan.
2. Menurunkan tekanan darah serta mengurangi ketegangan mental.
3. Membuat perasaan lebih tenang, nyaman, dan tenteram.
4. Membantu mengontrol tekanan darah, terutama pada penderita hipertensi.
5. Menurunkan denyut jantung yang cepat sehingga kerja jantung lebih stabil.
6. Meningkatkan rasa percaya diri, tubuh terasa lebih nyaman dan terkendali.
7. Mendukung kesehatan mental dengan menciptakan suasana hati yang lebih baik (Aryani, 2022).

2.4.4 Standar Operasional Prosedur Terapi *Slow Deep Breathing*

a. Tahap Persiapan

Sebelum tindakan dilakukan, perawat terlebih dahulu menemui pasien serta keluarga untuk menjelaskan tujuan, manfaat, dan langkah-langkah latihan

slow deep breathing. Ini penting agar pasien memahami prosedur yang akan dijalani dan bersedia mengikuti latihan dengan baik. Selain itu, privasi pasien perlu dijaga selama tindakan berlangsung agar pasien merasa aman dan nyaman. Lingkungan sekitar juga sebaiknya dibuat tenang, nyaman, dan bebas dari gangguan. Suasana yang kondusif akan membantu pasien lebih mudah berkonsentrasi dan mencapai kondisi rileks saat latihan dilakukan.

b. Alat Yang Digunakan

Beberapa alat yang dipersiapkan dalam pelaksanaan teknik slow deep breathing meliputi:

- 1) Lembar observasi untuk mencatat respons pasien sebelum dan sesudah latihan.
- 2) Sphygmomanometer untuk mengukur tekanan darah.
- 3) Stetoskop untuk membantu pemeriksaan tanda vital bila diperlukan.

c. Langkah-langkah Pelaksanaan *Slow Deep Breathing*

- 1) Pasien diposisikan senyaman mungkin, kemudian diminta menenangkan diri agar tubuh berada dalam keadaan rileks. Posisi yang nyaman akan membantu proses pernapasan berjalan lebih efektif.
- 2) Pastikan tulang belakang berada dalam posisi tegak dan lurus. Kedua kaki tidak disilangkan, sedangkan seluruh tubuh diusahakan dalam keadaan santai.
- 3) Anjurkan pasien menanamkan sugesti positif dalam pikiran, misalnya dengan meyakinkan diri bahwa dalam beberapa menit tubuh akan terasa lebih tenang dan nyaman.
- 4) Letakkan satu tangan di bagian perut dan tangan lainnya di dada. Lutut dapat sedikit ditekuk, kemudian mata dipejamkan agar lebih fokus.
- 5) Minta pasien menarik napas perlahan dan dalam melalui hidung. Udara diusahakan masuk secara bertahap ke paru-paru sambil merasakan perut mengembang. Pengembangan dada diminimalkan. Tarikan napas dapat

dilakukan dengan hitungan perlahan satu sampai enam, lalu napas ditahan selama sekitar tiga detik.

- 6) Setelah itu, napas dihembuskan perlahan melalui mulut dengan posisi bibir seperti bersiul. Pengeluaran napas dilakukan tanpa suara dan dengan hitungan satu sampai enam. Napas sebaiknya dikeluarkan secara lembut agar saluran napas tetap nyaman.
- 7) Langkah tersebut diulangi secara berulang dengan ritme yang sama. Pasien diminta tetap fokus dan merasakan tubuh semakin rileks. Latihan dapat dilakukan selama kurang lebih 15 menit sebanyak dua kali sehari, atau sewaktu-waktu ketika merasa tegang maupun gelisah.
- 8) Setelah latihan selesai, pasien diminta meregangkan otot tangan, kaki, dan bagian tubuh lainnya secara perlahan untuk mengembalikan kelenturan tubuh.
- 9) Pasien kemudian membuka mata secara perlahan, kembali bernapas normal, dan duduk tenang selama sekitar dua menit sebelum beraktivitas kembali.

d. Tahap Evaluasi

Setelah latihan selesai, perawat mengevaluasi respons pasien dengan menanyakan perasaan pasien setelah melakukan teknik pernapasan. Pasien juga diberikan kesempatan untuk bertanya, menyampaikan pendapat, atau memberikan masukan mengenai latihan yang telah dilakukan. Sebagai penutup, perawat dapat memberikan dukungan positif serta doa untuk kesembuhan pasien.

2.5 Jurnal yang Relevan

Judul	Metode	Hasil
Penerapan <i>Slow Deep Breathing</i> dan Dzikir terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi pada Lansia. Penulis: Rosa Isnaini Putri, Tri Nurhidayati. Link: https://jurnal.unimu.ac.id/index.php/nersmuda/article/view/8302 https://doi.org/10.26714/nm.v3i2.8302	Populasi: 2 orang lansia perempuan penderita hipertensi yang mengalami kecemasan sedang. Usia responden masing-masing 65 tahun dan 60 tahun. Teknik Pengambilan: <i>purposive sampling</i>. Variabel: terapi <i>slow deep breathing</i> dan dzikir, tingkat kecemasan pada lansia penderita hipertensi. Alat Ukur: Geriatric Anxiety Scale (GAS), Sphygmomanometer digital. Desain : <i>descriptive study</i> (studi deskriptif) dengan pendekatan proses asuhan keperawatan.	Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan tingkat kecemasan pada kedua responden. Skor kecemasan responden pertama turun dari 43 menjadi 37, sedangkan responden kedua turun dari 40 menjadi 33. Penurunan ini menandakan bahwa latihan pernapasan lambat dan dalam yang disertai dzikir mampu memberikan efek tenang, meningkatkan relaksasi, serta menurunkan respons simpatik tubuh. Rata-rata penurunan skor kecemasan sebesar 6–7 poin. Hasil menunjukkan bahwa kombinasi terapi <i>slow deep breathing</i> dan dzikir efektif menurunkan kecemasan pada lansia dengan hipertensi. Ini menyimpulkan bahwa terapi <i>slow deep breathing</i> dan dzikir dapat dijadikan intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk membantu menurunkan kecemasan pada lansia yang mengalami hipertensi.
Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Relaksasi <i>Deep Slow Breathing</i> untuk Menurunkan Ansietas pada Pasien Hipertensi. Penulis: Ni Kadek Ayu Pratiwi	Populasi: pasien hipertensi yang mengalami ansietas di RSUD Kabupaten Karangasem Tahun 2020. Variabel: terapi relaksasi <i>slow deep breathing</i>, tingkat	Hasil menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi <i>deep slow breathing</i> dapat membantu menurunkan tingkat ansietas pada pasien hipertensi. Setelah dilakukan pemberian intervensi, pasien tampak lebih rileks, lebih tenang, dan gejala kecemasan berkurang. Teknik ini efektif sebagai terapi

Judul	Metode	Hasil
Link: https://repository.polttekkes-denpasar.ac.id/5206/	ansietas pada pasien penderita hipertensi. Alat Ukur: format studi kasus keperawatan meliputi, lembar pengkajian, observasi, pengukuran dan evaluasi respon sesudah intervensi Desain : deskriptif studi kasus dengan pendekatan proses asuhan keperawatan.	nonfarmakologis pendamping pada pasien hipertensi.
Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Terapi Slow Deep Breathing terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Penderita Hipertensi Di UPT Puskesmas Singkawang Timur II. Penulis: Melinda Priscinova, Dodik Limansyah Link: https://eprints.stike-syarsi-pontianak.ac.id/id/eprint/88/8/LEMBAR%20KONSULTASI.pdf	Populasi: 1 responden penderita hipertensi di wilayah kerja UPT Puskesmas Singkawang Timur II. Teknik Pengambilan: <i>purposive sampling</i>. Variabel: terapi <i>slow deep breathing</i> dan penurunan skala nyeri pada penderita hipertensi. Alat Ukur: lembar observasi, Sphygmomanometer digital dan skala nyeri numerik (NRS). Desain : studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan.	Hasil penelitian menyimpulkan bahwa terapi <i>Slow Deep Breathing</i> efektif sebagai terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri pada pasien hipertensi. Setelah pemberian terapi dilakukan, pasien mengalami penurunan nyeri kepala dan ketegangan pada leher. Pasien juga tampak lebih rileks dan nyaman. Hal ini menunjukkan bahwa teknik <i>Slow Deep Breathing</i> mampu membantu menurunkan aktivitas saraf simpatis, meningkatkan relaksasi, serta memperbaiki kenyamanan pasien.
Aplikasi <i>Slow Deep Breathing</i> Pada Pasien Hipertensi	Populasi: 1 responden wanita usia 45-54 tahun penderita hipertensi	Hasil penelitian setelah penerapan terapi <i>Slow Deep Breathing</i> dilakukan, pasien mengalami penurunan tingkat

Judul	Metode	Hasil
Untuk Mengurangi Kecemasan. Penulis: Mei Lutfi Aryani Link: https://repositori.unimma.ac.id/3597/1/1906010023_COVER_BAB%20I_BAB%20II_BAB%20V_DAFFTAR%20PUSTAKA%20-%20novita%20fitriani.pdf	dengan masalah kecemasan. Variabel: terapi <i>slow deep breathing</i> dan tingkat kecemasan dan tekanan darah pada pasien hipertensi. Alat Ukur: Kuesioner HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>), Sphygmomanometer, Format pengkajian keperawatan, lembar observasi. Desain : studi kasus deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan.	kecemasan dari kategori sedang skor 22 menjadi cemas ringan skor 16. Selain itu, tekanan darah pasien juga menurun secara bertahap dari 170/100 mmHg menjadi 140/80 mmHg. Pasien juga melaporkan tubuh terasa lebih nyaman, rileks, dan kondisi emosional menjadi lebih baik.
Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ib. A dengan pemberian <i>Slow Deep Breathing</i> Pada di Wisma Delima Panti Sosial Tresna Werdha Kasih Sayang Ibu Batusangkar Tahun 2019. Penulis: Vandra Junizar Putra Link: https://repo.upertis.ac.id/926/1/25%20VANDRA%20JUNIZAR%20PUTRA.pdf	Populasi: 1 responden lansia hipertensi Ib. A usia 80 tahun. Variabel: terapi <i>slow deep breathing</i> dan tekanan darah pada pasien hipertensi. Alat Ukur: Sphygmomanometer, Format pengkajian keperawatan, lembar observasi tanda vital. Desain : studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan.	Hasil dari penelitian yaitu dilakukan Pengukuran melalui observasi klinis dan pemantauan tanda vital, terutama tekanan darah. Setelah terapi diberikan, pasien menunjukkan kondisi yang lebih tenang, nyaman, serta gejala hipertensi berkurang. Teknik ini bekerja dengan menekan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan kerja saraf parasimpatis sehingga tekanan darah cenderung menurun.