

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung:

Nama : NIRA ALIYAH

NIM : P17320120056

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melaksanakan Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri Akut pada Kepala di Ruang Umar bin Khatab 2 RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat” sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan. Oleh karena itu, saya memohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus ini.

Segala informasi yang disampaikan oleh bapak/ibu/saudara/i akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus ini. Saya akan bertanggung jawab jika ada informasi yang merugikan responden. Apabila bapak/ibu/saudara/i berkenan menjadi responden, mohon kiranya menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (lembar *informed consent*).

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Bandung, April 2023



(Nira Aliyah)

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (Inisial) : Ny. E

Umur : 48 tahun

Alamat : Desa Gandasari, Katapang

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden studi kasus yang akan dilaksanakan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman : Nyeri Akut pada Kepala di Ruang Umar bin Khatab 2 RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat".

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung...11...April 2023.....

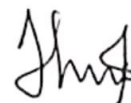
Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus

Peserta Studi Kasus



(Nira Aliyah)



(.....Ny. E.....)

Lampiran 3 SOP Mengukur Tekanan Darah

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGUKUR TEKANAN DARAH		
	No. Dokumen : 445/SPO.3408/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, Plt. Direktur RSUD Al Ihsan Prov. Jawa Barat,  H. Undang Komarudin, dr., SpAn., KIC Pembina Utama Muda NIP. : 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan mengukur tekanan darah melalui dinding arteri pasien dengan kriteria normal : 1. Usia neonatus : 80/45 mmhg 2. Usia 6-12 bulan : 90/60 mmhg 3. Usia 1-5 tahun : 95/65 mmhg 4. Usia 5-10 tahun : 100/60 mmhg 5. Usia 10-15 tahun : 115/60 mmhg 6. Usia > 15 tahun : Sistole 100 – 130 mmHg, Diastole 60 – 90 mmHg		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk tindakan keperawatan mengukur tekanan darah.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pembertakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019		
PROSEDUR	1. PERSIAPAN a. Persiapan alat 1) Stetoscope. 2) Spignomanometer dengan manometer air raksa/aneroid atau Tensimeter digital. 3) Manset sesuai dengan besarnya lengan. 4) Catatan keperawatan. b. Persiapan pasien 1) Beritahu pasien dan keluarga tentang prosedur yang akan dilakukan. 2) Atur posisi pasien, untuk memudahkan tindakan. 3) Pilih lokasi pengukuran dan manset yang tepat. c. Persiapan lingkungan 1) Siapkan lingkungan sekitar agar menjaga privasi pasien dan mempermudah tindakan. 2. PELAKSANAAN a. Perawat / Bidan cuci tangan. b. Ucapkan basmallah. c. Cocokkan nama pada gelang identitas pasien. d. Atur posisi lengan pasien sejajar jantungnya. e. Buka pakalan dari lengan pasien. f. Pasang manset tekanan darah : 1) Metode Auskultasi a) Pasang manset dilengan atas, posisi manometer setinggi mata pemeriksa. b) Raba arteri brakhialis, pompa manset sampai 30 mmhg diatas posisi denyutan menghilang		

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGUKUR TEKANAN DARAH		
	No. Dokumen : 445/SPO.3408/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 2 dari 2
PROSEDUR	<p>c) Kempiskan manset, tunggu selama 30 detik</p> <p>d) Pompa manset sampai 30 mmHg diatas sistolik</p> <p>e) Gunakan stetoskop untuk mendengar suara denyut sistole dan diastole diatas arteri brakialis.</p> <p>f) Kempiskan manset dengan kecepatan 2-3 mmHg/detik, kemudian ukur saat terdengar sistole dan diastole.</p> <p>2) Metode Palpasi</p> <p>a) Raba arteri brakialis/radialis, pompa manset sampai 30 mmHg diatas titik denyut nadi menghilang.</p> <p>b) Kempiskan manset dengan kecepatan 2-3 mmHg/detik.</p> <p>c) Raba arteri untuk mengukur denyut sistole.</p> <p>3) Metode digital</p> <p>a) Tekan tombol "ON" atau pompa manset sampai 30 mmHg diatas titik denyut nadi menghilang.</p> <p>b) Lihat hasil pengukuran di layar mesin.</p> <p>g. Lepaskan manset dari lengan pasien.</p> <p>h. Ucapkan hamdallah.</p> <p>i. Bereskan alat-alat.</p> <p>j. Cuci tangan.</p> <p>3. EVALUASI Kaji respon pasien setelah dilakukan tindakan, bandingkan hasil pemeriksaan saat ini dengan hasil pemeriksaan yang lalu.</p> <p>4. DOKUMENTASI Dokumentasikan tindakan dan hasil pengukuran dalam catatan keperawatan.</p>		
DOKUMEN TERKAIT	Status Pasien		
INSTALASI TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif 5. Instalasi Haemodialisa 6. Instalasi Bedah Sentral 		

Lampiran 4 SOP Menghitung Denyut Nadi dan Pernafasan

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGHITUNG DENYUT NADI DAN PERNAFASAN		
	No. Dokumen : 445/SPO.3409/Bidper	No Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, Plt. Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jawa Barat  H. Undang Komarudin, dr., SpAn., KIC Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghitung denyut nadi dan pernafasan pasien. 1. Kriteria normal denyut nadi a. Bayi 0 – 1 tahun 130 – 160 x/menit b. Anak 1 – 14 tahun 90 – 120 x/menit c. Dewasa 60 – 80 x/menit 2. Kriteria normal pernafasan a. Bayi 0 – 1 tahun 40x/menit b. Anak 1 – 14 tahun 28x/menit		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk melaksanakan tindakan menghitung denyut nadi dan pernafasan pasien.		
KERJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019		
PROSEDUR	1. PERSIAPAN a. Persiapan alat dan bahan 1) Jam tangan dengan detik atau polisteller 2) Stetoscope 3) Catatan keperawatan b. Persiapan pasien dan keluarga Informasikan kepada pasien/keluarga tentang tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. c. Persiapan lingkungan Siapkan lingkungan sekitar agar menjaga privasi pasien dan mempermudah tindakan. 2. PELAKSANAAN a. Perawat / Bidan cuci tangan. b. Cocokkan nama pasien dengan gelang identitas. c. Ucapkan basmallah sebelum melakukan tindakan. d. Hitung denyut nadi selama 1 menit. e. Hitung pernafasan selama 1 menit. f. Rapihkan kembali pasien. g. Ucapkan hamdallah. h. Bereskan alat. i. Ucapkan hamdallah. j. Cuci tangan sesudah tindakan. 3. EVALUASI Respon pasien selama dilakukan tindakan, bandingkan jumlah nadi dan pernafasan sebelumnya, adanya demam, palpitasi atau aritmia, pemberian obat-obatan, riwayat aritmia.		

Lampiran 5 SOP Mengukur Suhu Tubuh

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGUKUR SUHU TUBUH		
	No. Dokumen : 445/SPO. 3410/Bidper	No Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, Plt. Direktur RSUD Al-Ihsan Prov Jawa Barat  H. Undang Komarudin, dr. SpAn, KIC Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan mengukur suhu tubuh pasien dengan menggunakan termometer. 1. Suhu normal anak : 36,5 - 37,5 derajat Celcius 2. Suhu normal bayi : 36,5 - 37,5 derajat Celcius 3. Suhu normal dewasa : 36,5 – 37,5 derajat Celcius		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk melaksanakan tindakan keperawatan mengukur suhu badan pasien.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
PROSEDUR	1. PERSIAPAN a. Persiapan alat dan bahan 1) Thermometer axilla (elektrik). 2) Bungkuk. 3) Tissue 2 lembar. 4) Kapas alkohol 5) Catatan suhu nadi. b. Persiapan pasien dan keluarga 1) Informasikan kepada pasien atau keluarga tentang tujuan dan prosedur yang akan dilakukan. 2) Atur posisi pasien. c. Persiapan lingkungan 1) Siapkan lingkungan sekitar agar menjaga privasi pasien dan mempermudah tindakan. 2. PELAKSANAAN a. Perawat / Bidan cuci tangan sebelum tindakan. b. Ucapkan basmallah. c. Cocokkan nama pasien dengan gelang identitas. d. Keringkan ketiak dengan tissue. e. Siapkan termometer. f. Pastikan termometer elektrik dapat berfungsi. g. Tekan tombol "ON" pada termometer menunjukkan angka tanda "L0°C". h. Pasangkan reservoir termometer, jepitkan di tengah ketiak, lengan dilipat sampai tanda alarm berbunyi. i. Cabut termometer, baca dan mencatat hasilnya. j. Tekan "ON/OFF" untuk mematikan termometer. k. Bersihkan termometer dengan tissue. l. Ucapkan hamdallah. m. Pasien dirapihkan kembali. n. Bereskan alat – alat dan bersihkan termometer dengan kapas alkohol. o. Cuci tangan setelah tindakan		


 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGUKUR SUHU TUBUH		
	No. Dokumen : 445/SPO. 3410/Bidper	No Revisi : 04	Halaman : 2 dari 2
PROSEDUR	<p>3. EVALUASI Kaji respon pasien selama dan setelah dilakukan tindakan dari adanya demam, akral dingin, cianosis atau pemberian obat-obatan yang mempengaruhi perubahan suhu tubuh.</p> <p>4. DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan hasil pengukuran pada rekam medik pasien meliputi jam pemeriksaan, hasil pemeriksaan dan respon pasien saat dilakukan tindakan. b. Buat grafik gambaran suhu di lembar grafik suhu nadi. 		
DOKUMEN TERKAIT	Status Pasien		
INSTALASI TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif 5. Instalasi Haemodialisa 6. Instalasi Bedah Sentral 		

Lampiran 6 SOP Memberikan Kompres Panas



 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MEMBERIKAN KOMPRES PANAS		
	No. Dokumen : 445/SPO.3530/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, PIt, Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jawa Barat  H. Undang Komarodin, dr., SpAn., KIC Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan pemberian kompres panas dimana yang dibutuhkan oleh tubuh untuk meningkatkan temperature jaringan dan menurunkan proses inflamasi dengan cara vasodilatasi dan meningkatkan sirkulasi lokal.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah melakukan tindakan keperawatan pemberian kompres panas dalam rangka : 1. Memberikan rasa nyaman dan relaksasi. 2. Menghangatkan bagian tubuh tertentu. 3. Membantu penyembuhan.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
PROSEDUR	<p>1. PERSIAPAN</p> <p>a. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kantong air panas (Warm Water Zack/WWZ) 2) Sarung kantong air panas (kantong WWZ) 3) Kom berisi air panas 4) Washlap <p>b. Persiapan pasien Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>c. Persiapan lingkungan Siapkan lingkungan sekitar agar privasi pasien terjaga.</p> <p>2. PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat mencuci tangan. b. Cocokkan nama pasien dengan gelang identitas. c. Ucapkan <i>bismillahirohmanirohim</i>. d. Isi kantong air panas/WWZ dengan air panas 1/3 bagian. e. Keluarkan udara dari kantong air panas/WWZ. f. Periksa apakah kantong air panas bocor atau tidak. g. Pasang kantong sarung air panas. h. Letakan kantong air panas di area yang perlu dihangatkan seperti : perut, kaki atau tangan. i. Ganti air panas bila telah dingin. j. Observasi jaringan kulit jangan sampai terbakar. k. Rapihkan pakaian pasien setelah selesai tindakan kompres l. Bereskan alat-alat. m. Keluarkan air dari kantong air panas/WWZ, kemudian kantong air panas/WWZ di gantung terbalik. n. Ucapkan <i>alhamdulillahirobbil alamin</i>. o. Mencuci tangan. <p>3. EVALUASI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Catat reaksi pasien setelah dilakukan tindakan. b. Observasi Tanda-tanda vital sebelum dan setelah tindakan. 		

 RSUD AL-HISAN PROVINSI JAWA BARAT	MEMBERIKAN KOMPRES PANAS		
	No. Dokumen : 445/SPO.3530/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 2 dari 2
PROSEDUR	c. Kondisi kulit dan organ di tempat kompres air panas. 4. DOKUMENTASI Dokumentasikan kegiatan yang dilakukan pada rekam medis pasien meliputi : respon pasien, waktu pelaksanaan, TTV, kondisi kulit sebelum dan sesudah dilakukan kompres.		
DOKUMEN TERKAIT	Status Pasien		
INSTALASI TERKAIT	1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif 4. Instalasi Bedah Sentral 5. Instalasi Haemodialisa		

Lampiran 7 SOP Mengatur Posisi Berbaring Pasien : Posisi *Fowler's*

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGATUR POSISI BERBARING PASIEN : POSISI FOWLER'S		
	No. Dokumen : 445/SPO.3431/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, PTL/Direktur RSUD Al-Ihsan Prov Jawa Barat  B. Undang Komandita, dr., SpAn., KIC Pembina Utama Muda NIP. 19500310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Mengatur posisi pasien terlentang di tempat tidur dengan bagian kepala ditinggikan 45 - 90° dan bagian lutut dapat difleksikan.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah mengatur posisi tubuh pasien di atas tempat tidur dengan kepala ditinggikan 45-90°.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Bantal 2) Balok penahan kaki tempat tidur (footboard) bila perlu 3) Gulungan kain 4) Tempat tidur yang bisa diatur posisinya b. Persiapan pasien Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan. c. Persiapan lingkungan Siapkan lingkungan sekitar agar privasi pasien terjaga. 2. PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas mencuci tangan. b. Cocokkan nama pasien dengan gelang identitas. c. Ucapkan bismillahirohmanirrohiim. d. Tinggikan tempat tidur pada posisi yang nyaman untuk bekerja, pindahkan bantal dan dekatkan alat footboard dan gulungan kain. e. Datarkan tempat tidur, bantu pasien bergeser ke atas tempat tidur. f. Tinggikan bagian kepala tempat tidur pasien 45 - 90°. g. Letakan bantal tipis menyokong kepala, leher dan bahu. h. Gunakan bantal untuk mendukung lengan pasien bila tubuh bagian atas pasien diimobilisasikan. i. Letakan bantal kecil atau gulungan kain dibawah paha, hindari penekanan pada area popliteal. j. Ucapkan alhamdulillahirobil alamin. k. Cuci tangan setelah tindakan. 3. EVALUASI <ol style="list-style-type: none"> a. Perhatikan keadaan umum pasien. b. Bila posisi pasien berubah harus segera dibetulkan. c. Khusus untuk pasien pasca bedah dilarang meletakkan bantal dibawah lutut. d. Inspeksi kulit pada area yang tertekan. 4. DOKUMENTASI Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan meliputi : waktu perubahan posisi, kondisi kulit pada area yang tertekan. 		

Lampiran 8 SOP Mengajarkan Latihan Nafas Dalam

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGAJARKAN LATIHAN NAPAS DALAM		
	No. Dokumen : 445/SPO.3531/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 04 Maret 2019	Ditetapkan oleh, P.T. Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jawa Barat  H. Undang Komarudin, dr., Sp.An., KIC Pembina Utama Muda NIP. 19600310 198901 1 001	
PENGERTIAN	Adalah metode latihan napas yang diajarkan kepada pasien dengan mengatur pola inspirasi dan ekspirasi.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah tindakan keperawatan latihan napas dalam dalam rangka : 1. Membantu ekspansi paru. 2. Mengurangi skala nyeri. 3. Menurunkan resiko pneumonia, atelektasis dan emboli paru.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional Tindakan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan No: 445/Kep.2934 – RS. Ihsan/2019.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. PERSIAPAN <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Bantal 2) Kursi bila perlu b. Persiapan pasien dan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan latihan yang akan dilakukan. 2) Siapkan lingkungan yang tenang tidak bising. 2. PELAKSANAAN <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat mencuci tangan. b. Cocokkan nama pasien dengan gelang identitas. c. Ucapkan <i>bismillah/rohmahirohim</i>. d. Jelaskan maksud dan tujuan tindakan. e. Anjurkan pasien untuk duduk ditepi tempat tidur atau di kursi dengan bantal di pangkuan. f. Perawat berdiri dihadapan pasien. g. Intruksikan pada pasien untuk menyilangkan kedua lengannya kedepan dada dan jari-jari terbuka menempel pada dinding thorax. h. Pasien mengambil napas dalam perlahan-lahan melalui hidung, tahan 1 – 2 detik dengan hitungan 1-2-3, lalu buang melalui mulut. i. Anjurkan pasien untuk melakukan latihan napas 10 kali setiap 2 jam atau sesuai kondisi. j. Atur kembali posisi tidur setelah sesi latihan selesai. k. Ucapkan <i>alhamdulillah/robbil alamin</i>. l. Mencuci tangan. 3. EVALUASI <ol style="list-style-type: none"> a. Kemampuan pasien melakukan teknik batuk efektif. b. Respon pasien setelah tindakan. 4. DOKUMENTASI Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dalam rekam medis. 		

 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT	MENGAJARKAN LATIHAN NAPAS DALAM		
	No. Dokumen : 445/SPO.3531/Bidper	No. Revisi : 04	Halaman : 2 dari 2
PROSEDUR	pasien meliputi: waktu pelaksanaan tindakan, kemampuan pasien untuk melakukan latihan napas dalam dan reaksi pasien terhadap tindakan yang dilakukan.		
DOKUMEN TERKAIT	Status Pasien		
INSTALASI TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Gawat Darurat 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Anestesi dan Perawatan Intensif 4. Instalasi Bedah Sentral 5. Instalasi Haemodialisa 		

Lampiran 9 Asuhan Keperawatan pada Ny. E Hipertensi Dengan Gangguan Rasa Nyaman : Nyeri Akut Di Ruang Umar Bin Khattab 2 Kamar 217b RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E HIPERTENSI DENGAN
GANGGUAN RASA NYAMAN : NYERI AKUT DI RUANG UMAR BIN
KHATTAB 2 KAMAR 217B RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

A. PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. E
Tanggal Lahir/Umur	: 17 Desember 1974 / 48 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Golongan Darah	: -
Diagnosa Medis	: Hipertensi + DM Tipe II
Nomer Register	: 00830071
Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 08 April 2023
Tanggal Pengkajian	: 11 April 2023
Alamat	: Desa Gandasari, Katapang

b. Identitas Penanggungjawab

Nama	: Ny. F
Umur	: 26 tahun

Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Alamat : Desa Gandasari, Katapang
Hubungan dengan Pasien : Anak

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada kepala

b) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Hari minggu tanggal 08 April 2023 sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bahwa dirinya berpuasa dirumah dengan makanan yang manis dan asin, pada malam harinya pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran (pingsan) dan keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RSUD Al-Ihsan. Selama 1 hari SMRS, pasien mengatakan sering haus, sering lapar, sering BAK, dan lesu. Selama di IGD, pasien masih mengalami penurunan kesadaran sampai esok harinya setelah dirawat inap di ruangan Umar bin Khattab 2.

c) Keluhan Utama Saat Dikaji

Pada saat dikaji pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala. Nyeri dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika bangun/berdiri dan dirasakan berkurang ketika beristirahat

dengan posisi setengah duduk. Nyeri terasa seperti berdenyut di daerah pelipis kanan menjalar sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10. Nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul ± 30 menit.

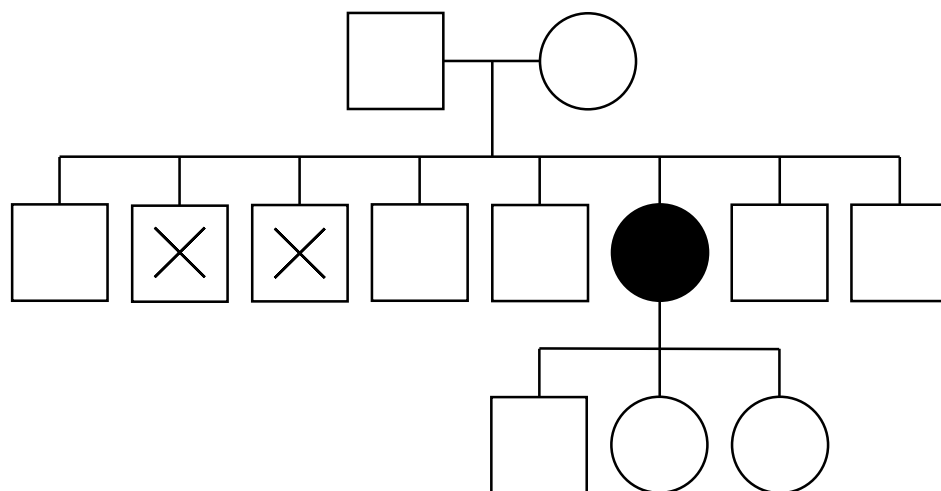
2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sejak 11 tahun yang lalu dan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUD Al-Ihsan karena penyakit DM 1 tahun yang lalu.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS.

4) Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 × : Meninggal
 ● : Pasien

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Setelah Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makan:		
	Jenis	Nasi, lauk pauk, sayur, makan-makanan tinggi garam dan gula	Nasi lembek, lauk pauk mengandung protein, sayur dan buah
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Porsi	1 porsi	¾ porsi
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak nafsu makan karena mual
	b. Minum:		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	6-7 gelas/hari	6 gelas/hari
	Jumlah	1800 ml	1500 ml
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
2.	Personal Hygiene:		
	a. Mandi		
	Frekuensi	2x/hari	Diseka 1x/hari
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Pasien lemas
	b. Keramas		
	Frekuensi	2 hari sekali	Terakhir keramas 2 hari yang lalu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak bisa keramas karena nyeri dan pusing
	c. Gosok Gigi		
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	d. Gunting Kuku		
	Frekuensi	1x/minggu	Kuku pendek
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
3.	Eliminasi		

a. BAB		
Frekuensi	1x/hari	1x/hari
Konsistensi	Lembek	Lembek
Warna	Kuning Kecoklatan	Kuning kecoklatan
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
b. BAK		
Frekuensi	6-7x/hari	5-6x/hari
Warna	Jernih	Kuning
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4. Istirahat		
a. Tidur Siang		
Waktu	Tidak tidur siang	13.00 – 14.00
Kualitas	Tidak tidur siang	Nyenyak
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
b. Tidur malam		
Waktu	21.00 – 05.00	20.00 – 04.00
Kualitas	Nyenyak	Cukup nyenyak
keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
5. Aktivitas lain		
a. Olahraga		
Jenis	Senam	Tidak berolahraga
Durasi	1x/minggu	Tidak berolahraga
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
b. Gaya Hidup		
	Tidak ada kebiasaan merokok maupun minum alkohol	Tidak merokok maupun minum alkohol

e. Pemeriksaan Fisik

1) Penampilan Umum : Pasien tampak meringis dan lemah

Tanda-tanda Vital

Suhu : 36,8°C

Nadi : 74x/menit

Respirasi : 20x/menit

Tekanan darah : 181/91 mmHg

SpO₂ : 98%

2) Antropometri

BB sebelum sakit : 47 kg TB : 153 cm
BB setelah sakit : 45 kg IMT : 19,2 kg/m²
(normal)

3) Sistem Neurologi

Kesadaran : Composmentis, GCS 15 (E:4, M:6, V:5)

4) Sistem Pernafasan

Hasil pengkajian yang didapatkan bentuk hidung pasien tampak simetris, tidak terdapat adanya secret, tidak ada polip, septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, tidak tampak pernafasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak edema, tidak ada nyeri tekan pada sinus. Bentuk dada normal chest, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, saat melakukan perkusi pada paru terdengar bunyi sonor, pada saat melakukan auskultasi terdengar suara bunyi nafas vesikuler.

5) Sistem Kardiovaskuler

Hasil pengkajian yang didapatkan saat diinspeksi bentuk dada normal chest, ictus cordis terlihat pada ICS 5 midclavicula sinistra, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba kuat dan selaras dengan denyutan pada nadi karotis. Pada saat diperkusi pada jantung posisi jantung dalam batas normal, tidak terjadi pembesaran jantung maupun hipertrofi ventrikel sinistra, batas jantung ics 2-3, batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas

kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5 dan saat di auskultasi terdengar bunyi jantung S1 S2 lup-dub, CRT Kembali <2 detik.

6) Sistem Pencernaan

Kongjungtiva tampak ananemis, sclera tidak ikterik, mulut tampak terawat, tidak ada tonsillitis, mukosa bibir tampak pucat, tidak ada lesi, dan tidak ada kelainan pada mulut dan bibir, tidak ada benjolan/edema, auskultasi bising usus 18 x/menit. Saat palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen. Saat perkusi terdapat suara tympani.

7) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ditemukan trias poli yaitu poliuri, polidipsi, dan polifagia.

8) Sistem Integumen

Tidak ada sianosis, tidak ada bekas luka lecet dan jahitan, warna kulit kecoklatan, tidak terdapat edema pada kaki maupun tangan, saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada kaki maupun tangan pasien bisa merasakan benda halus, benda tajam, pasien bisa menggerakkan kaki dan tangannya, akral teraba hangat dan turgor kulit <2 detik.

9) Sistem Perkemihan

Warna urine kuning, tidak terdapat hematuria, tidak terdapat oliguria, dan tidak terdapat distensi bladder.

10) Sistem Penglihatan

Hasil pengkajian saat diinspeksi posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sclera berwarna putih, pupil isokor, tidak ada tanda radang, ketajaman penglihatan normal : pasien mampu membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm.

11) Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas Atas

Bentuk tangan simetris kiri dan kanan, jumlah jari 10, tidak terdapat lesi, tidak ada edema, kekuatan otot pada tangan 5 | 4 serta pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.

b) Ekstremitas Bawah

Bentuk kaki simetris kiri dan kanan, jumlah jari kaki 10, tidak terdapat lesi, tidak ada edema, kekuatan otot 5 | 5.

12) Wicara dan THT

Pasien tidak ada kesulitan dalam berbicara serta dapat mendengar suara perawat dengan jelas

f. Data Psikososial

1) Status Emosi : Pasien dapat mengelola emosi dengan baik

2) Kecemasan : Pasien tampak cemas terbukti dengan pasien sering bertanya terkait penyakit yang dialaminya, serta pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya.

- 3) Pola Koping : Pasien mengeluh nyeri pada kepala sejak masuk RS, pasien saat ini dirawat di RSUD Al-Ihsan Ruang Umar Bin Khattab 2 kamar 17B, pasien tidak merasa putus asa untuk sembuh, dan memiliki semangat untuk sehat kembali, jika pasien memiliki masalah ia biasanya bercerita pada suami atau anaknya.
- 4) Pola Komunikasi :
- a) Verbal : Komunikasi pasien berjalan baik ketika di RS maupun saat sebelum masuk RS baik dengan keluarga ataupun tenaga kesehatan.
 - b) Non Verbal : Pasien memperhatikan saat perawat sedang berbicara dan tampak mengangguk ketika berkomunikasi dengan perawat
- 5) Konsep Diri
- a) Body Image : Pasien mengatakan bahwa ia bersyukur dan menyukai bentuk tubuhnya.
 - b) Ideal Diri : Pasien berharap agar ia cepat kembali pulih dan bisa beraktivitas kembali.
 - c) Peran Pasien : Pasien merupakan seorang istri dan ibu yang mengurus rumah tangga.
 - d) Identitas Diri : Pasien adalah seorang perempuan berusia 48 tahun.

e) Harga Diri : Pasien mengatakan bahwa ia tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya.

g. Data Sosial

- 1) Pendidikan dan Pekerjaan : Pendidikan terakhir pasien SD dan sekarang menjadi ibu rumah tangga.
- 2) Sosial : Keluarga pasien mengatakan ketika di rumah, pasien selalu ramah kepada tetangga begitupun saat masuk RS.
- 3) Faktor sosiokultural : Pasien mengatakan bahwa tidak ada adat istiadat pada keluarganya yang bertentangan dengan kesehatan.

h. Data Spiritual

1) Makna Hidup

Pasien mengatakan bahwa hidup ini sangat bermakna juga berharga dan patut bersyukur atas kehidupan yang diberikan, pasien sangat bersyukur meskipun saat ini sedang diberi rasa sakit.

2) Pandangan Terhadap Sakit

Pasien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya sekarang adalah cobaan dari Allah SWT padanya. Agar ia senantiasa untuk selalu sabar dan ikhlas

3) Keyakinan akan Kesembuhan

Pasien mengatakan ia tidak putus asa dan yakin dapat sembuh dari penyakit yang sedang dideritanya saat ini. Ia memiliki harapan untuk hidup sehat bersama dengan keluarganya

4) Kemampuan beribadah saat sakit

Selama sakit pasien selalu berusaha untuk beribadah 5 waktu. Pasien pun selalu berdoa, mengaji dan berdzikir. Serta keluarganya selalu mendukung dan mendoakan pasien.

i. Data Penunjang

Data	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
URINE			
Urin rutin (09 April 2023)			
Kimia Urin			
Warna Urin	Kuning keruh*		Kuning
pH urine	5.5		4.8 – 7.5
Berat jenis urine	1.020		1.002 – 1.025
Protein urine	+++	mg/dL	Negatif
Glukosa urine	++++	mg/dL	<30
Bilirubin urine	Negatif	mg/dL	<0.5
Urobilinogen urine	0.1	mg/dL	<1
Nitrit urine	Negatif	mg/dL	Negatif
Keton urine	Negatif	mg/dL	<10
Leukosit	++		<7.4
Darah samar urin	Negatif		<10
Mikroskopis Urine			
Eritrosit	0 – 2	/lpk	<1
Leukosit	1 – 4	/lpb	0 – 6
Calcium Monohydrate	Negatif	/lpk	
Calcium Dihydrate	Negatif	/lpk	
Bakteri	Negatif	/lpk	Negatif
Triple Phosphate	Negatif	/lpk	
Uric Acid Urine	Negatif	/lpk	
Hyalin	Negatif	/lpk	
Pathological Urine	Negatif	/lpk	
Sel Epitel	Positif 1	/lpk	Positif
Non Sel Epitel	Negatif		
Jamur	Negatif	/lpk	Negatif

GDP (11 April 2023) : 345 mg/dL
 EKG (10 April 2023) : Sinus Rhythm
 Left axis defiation
 Minimal ST elevation, anterior leads

j. Therapi

Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
Ondansentron	2 x 8 gr	IV	Obat antiemetik yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah.
Pantoprazole	2 x 40 mg	IV	Obat yang bermanfaat untuk mengurangi jumlah asam yang dihasilkan lambung
Apidra	10-10-10 IU	SC	Obat apidra bekerja dengan cara membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel, sehingga tubuh dapat mengubahnya menjadi energi.
Ezelin	0-0-8 IU	SC	Obat yang digunakan untuk mengontrol kadar gula darah yang tinggi pada pasien DM tipe 1 dan tipe 2.
Bicnat	3 x 500 mg	Oral	Obat yang umumnya digunakan untuk mengatasi asidosis metabolic, yaitu suatu kondisi terlalu banyak asam dalam cairan tubuh
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral	Golongan antagonis calcium yang bekerja dengan cara melemaskan otot pembuluh darah, sehingga pembuluh darah akan melebar,

			aliran darah lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun
Candesartan	1 x 16 mg	Oral	Golongan penghambat reseptor angiotensin yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada kepala, nyeri dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika melakukan aktivitas/bergerak dan dirasakan berkurang ketika beristirahat dengan posisi berbaring, nyeri terasa seperti berdenyut di daerah pelipis kanan menjalar sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10, nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul ±30 menit.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - leher bagian belakang teraba tegang - Skala nyeri 5 dari 0-10 - TD : 181/91 mmHg 	<p>Faktor predisposisi hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vaskuler pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Perubahan struktur</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi ke otak</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan asam laktat</p> <p>↓</p> <p>Nyeri kepala</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh lesu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDP : 345 mg/dL - Glukosa urine +++++ 	<p>Gaya hidup</p> <p>↓</p> <p>Resistensi insulin</p> <p>↓</p> <p>Reseptor insulin tidak berikatan dengan insulin</p> <p>↓</p> <p>Glukosa tidak dapat masuk ke sel</p> <p>↓</p>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

		Sel kekurangan glukosa (bahan bakar metabolisme)	
		↓	
		Hiperglikemia	
		↓	
		Ketidakstabilan kadar glukosa darah	
3.	DS : Pasien mengeluh tidak nafsu karena mual DO : - Pasien makan habis ¾ porsi - BB sebelum sakit : 47 kg, BB setelah sakit : 45 kg. - mukosa bibir tampak pucat	Kegagalan produksi insulin ↓ Reseptor insulin tidak berikatan dengan insulin ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke sel ↓ Sel kekurangan glukosa (bahan bakar metabolisme) ↓ ↑ Penggunaan protein dan glukogen oleh jaringan ↓ Penurunan BB ↓ Risiko defisit nutrisi	Risiko deficit nutrisi
4.	DS : Pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya DO : - Pasien tampak cemas	Hipertensi ↓ Perubahan situasi ↓ Informasi yang minim ↓ Kurang pengetahuan ↓ Ansietas	Ansietas

<p>5. DS : Pasien sering bertanya terkait penyakit yang dialaminya DO : - Pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran : pengaturan diit makan tidak sesuai.</p>	<p>Hipertensi ↓ Perubahan situasi ↓ Informasi yang minim ↓ Defisit pengetahuan</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>
--	--	----------------------------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d pasien mengeluh lesu, GDP : 345 mg/dL, glukosa urine +++++;
2. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vascular serebral dan iskemia d.d pasien mengeluh nyeri kepala, tampak meringis, dan leher bagian belakang teraba tegang;
3. Risiko defisit nutrisi d.d pasien mengeluh tidaknafsu makan karena mual, porsi makan habis ¾ porsi;
4. Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya dan tampak cemas;
5. Defisit pengetahuan tentang penyakit hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran : pengaturan diit makan.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	
			Tindakan	Rasional
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d pasien mengeluh lesu, GDP : 345 mg/dL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 7 jam, diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lesu menurun 2. Kadar glukosa darah dalam rentang normal : GDS <200 mg/dL, GDP 80 – 125 mg/dL, GDPP 110 – 180 mg/dL	1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah >250 mg/dL 4. Anjurkan melakukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis) 5. Kolaborasi pemberian insulin apidra 10-10-10 IU, dan ezelin 0-0-8 IU	1. Sebagai acuan untuk membantu penurunan kadar glukosa darah 2. Untuk mengetahui kadar glukosa dalam rentang normal atau tidak 3. Sebagai bentuk pencegahan kadar gula darah yang berakibat fatal. 4. Pengaturan makan pada pasien DM penting dilakukan agar kadar gula darah mendekati normal sehingga bisa memiliki kualitas hidup yang lebih baik 5. Terapi insulin digunakan untuk membantu mengontrol kadar glukosa
2.	Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vascular serebral dan iskemia d.d pasien mengeluh nyeri kepala, tampak meringis, dan leher bagian	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi tenang (tidak meringis)	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri	1. Dengan mengidentifikasi nyeri, perawat dapat merencanakan intervensi yang sesuai 2. Tingkat nyeri tiap individu berbeda-beda, maka perlu dilakukan identifikasi menggunakan skala nyeri.



belakang teraba tegang	<ol style="list-style-type: none"> 3. leher bagian belakang tidak tegang 4. Pasien merasa nyaman 5. skala nyeri 1 (0-10) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Istirahatkan pasien saat nyeri muncul 5. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : kompres hangat pada leher 6. Berikan posisi semi fowler 7. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 8. Berikan pendidikan kesehatan terkait manajemen nyeri dengan melibatkan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 3. TTV dalam batas normal menunjukkan adanya perbaikan kesehatan 4. Secara fisiologis istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal 5. Kompres hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga melancarkan pembuluh darah dan terjadi peningkatan sirkulasi darah 6. Posisi semi fowler akan mempengaruhi keadaan curah jantung dan pengembangan paru-paru sehingga asupan oksigen membaik 7. Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang digunakan untuk mengurangi ketegangan dengan merelaksasikan otot. 8. Pengetahuan yang baik berguna selama menjalankan perawatan
------------------------	---	--	---









			9. Kolaborasi pemberian penghambat reseptor angiotensin dan penyekat saluran kalsium : Candesartan 1x16 mg dan amlodipine 1x10 mg	hipertensi, khususnya dalam manajemen nyeri
				9. Analgetik yang diberikan dapat membantu mengurangi nyeri
3.	Risiko defisit nutrisi d.d pasien mengeluh tidak nafsu makan karena mual, porsi makan habis ¾ porsi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 7 jam, diharapkan pasien tidak mengalami defisit nutrisi, dengan kriteria hasil: 3. pasien mengatakan mual berkurang 4. nafsu makan meningkat 5. porsi makan habis 1 porsi 6. IMT dalam batas normal	1. Monitor asupan makanan 2. Monitor berat badan dan IMT 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Anjurkan melakukan pengaturan makan dengan diit hipertensi dan DM 6. Kolaborasi pemberian obat ondansentron 2 x 8 gr, pantoprazole 2 x 40 mg.	1. Asupan makanan perlu diperhatikan sesuai dengan diit yang dijalani pasien 2. Pemantauan berat badan dilakukan guna menjaga beban kerja tubuh agar tetap dalam batas normal 3. Kebersihan mulut yang terjaga dapat meningkatkan nafsu makan 4. Lingkungan nyaman membantu pasien dalam meningkatkan nafsu makan 5. Pengaturan makan pada pasien hipertensi dan DM penting dilakukan agar kesehatan pasien dalam kategori baik 6. Pemberian terapi yang sesuai dapat membantu proses penyembuhan penyakit









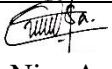

4..	<p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya dan tampak cemas, kualitas tidur kurang nyenyak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan rasa khawatirnya berkurang 2. pasien mengetahui perawatan hipertensi dengan tepat 3. Pasien tampak tenang 4. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 5. Kualitas tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman 4. Motivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 5. Informasikan secara factual mengenai perawatan penyakit hipertensi 6. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui serta mengevaluasi tanda ansietas yang muncul 2. Mengidentifikasi tingkat cemas untuk mengetahui penyebab pasien cemas 3. Membina trust dengan pasien akan meningkatkan rasa percaya pasien pada petugas 4. Menghindari faktor pemicu kecemasan dapat membantu mempercepat penurunan tingkat ansietas 5. Memudahkan pasien mengaplikasikan dengan mandiri tanpa bimbingan dari perawat 6. Relaksasi mampu menurunkan tingkat kecemasan
5.	<p>Defisit pengetahuan tentang penyakit hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran : pengaturan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 7 jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan tindakan sesuai anjuran 2. Pasien mampu menjelaskan kembali materi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi belajar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hal ini dilakukan agar petugas dapat mempersiapkan materi sesuai dengan kemampuan pasien dalam menerima informasi 2. Faktor seperti lingkungan, pengetahuan, tingkat pendidikan dapat mempengaruhi










diit makan tidak sesuai	yang disampaikan	perilaku seseorang dalam melakukan tindakan
	3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	3. Materi yang diberikan disesuaikan dengan kemampuan pasien
	4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan melibatkan keluarga dalam perawatan hipertensi	4. Perlu adanya keluarga yang terlibat agar pasien dapat menjalankan perawatan hipertensi dengan benar
	5. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	5. Penjelasan diberikan sebagai bentuk pencegahan agar pasien selalu menjaga kesehatan tubuhnya.









D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN









Tanggal dan Jam	DX Kep	Implementasi	Paraf
12 April 2023 07.30 WIB	1	Memonitor TTV E/ Suhu : 36,8°C Nadi : 74x/menit Respirasi : 20x/menit Tekanan darah: 181/91 mmHg SpO2 : 98%	 Nira A
08.10	1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri E/ pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala. Nyeri dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika melakukan aktivitas/bergerak dan dirasakan berkurang ketika beristirahat dengan posisi setengah duduk. Nyeri terasa seperti berdenyut di daerah pelipis kanan menjalar	 Nira A




		sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10. Nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul \pm 30 menit.	
08.13	1	Mengistirahatkan pasien dengan memberikan posisi semi fowler E/ Pasien mengatakan merasa nyaman saat posisi setengah duduk, namun masih terasa nyeri	 Nira A
09.20	3	Memonitor BB E/ BB sebelum sakit : 47 kg BB setelah sakit : 45 kg TB : 153 cm IMT setelah sakit : 19,2 (Normal)	 Nira A
10.30	4	Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), Menggunakan pendekatan yang tenang dan nyaman E/ Pasien tampak cemas dan sering bertanya terkait perawatan penyakit hipertensi	 Nira A
10.35	2	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia E/ Pasien mengatakan sebelum masuk RS mengalami tanda gejala sering haus, sering lapar dan sering BAK	 Nira A
10.40	4	Memotivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan E/ pasien mengatakan cemas saat memikirkan komplikasi penyakitnya	 Nira A
10.50	4	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) E/ pasien tampak cemas ketika memikirkan komplikasi penyakitnya.	 Nira A
11.00 WIB	4	Memberikan obat apidra 10 IU per SC E/ Obat telah diberikan	 Nira A
11.30	1, 4	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dan cemas muncul E/ Pasien mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien juga mampu melakukannya dengan benarsesudah melakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri sedikit berkurang, namun skala nyeri masih 5 dari 0-10 dan pasien masih merasa cemas	 Nira A

13.00 WIB	1	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat candesartan 1 x 16 mg per oral E/ Obat telah diberikan	 Nira A
13.15	3	Memonitor asupan makanan E/ Pasien mengatakan tidak nafsu makan dikarenakan mual, porsi makan habis ¾ porsi	 Nira A
14.00	2	Memonitor kadar glukosa darah E/ GD 2 JPP siang 241 mg/dL	 Nira A
14.00	2	Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah >250 mg/dL E/ pasien mengerti dan akan mengikuti anjuran.	 Nira A
13 April 2023 07.30	1	Memonitor TTV E/ Suhu : 36,2°C Nadi : 81x/menit Respirasi : 20x/menit Tekanan darah: 163/88 mmHg SpO2 : 98%	 Nira A
08.00 WIB	1	Memonitor keluhan dan skala nyeri E/ Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada kepala, pasien tampak sesekali meringis, leher bagian belakang tegang, skala nyeri 5 dari 0-10	 Nira A
08.33 WIB	2	Menganjurkan melakukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis) yang disesuaikan dengan diet hipertensi E/ Pasien memahami anjuran dan akan memulai dengan memakan makanan yang sesuai dengan diet	 Nira A
10.00 WIB	1	Memposisikan semi fowler dengan kombinasi mengompres hangat pada bagian leher E/ Pasien mau dilakukan kompres hangat, setelah di kompres nyeri dan skala nyeri pada pasien berkurang menjadi 3 dari 0-10	 Nira A
11.00 WIB	2	Memberikan obat apidra 10 IU per SC E/ Obat telah diberikan	 Nira A
11.30 WIB	2	Menganjurkan perawatan mulut terutama sebelum makan	 Nira A




		E/ Pasien mau melakukan perawatan mulut dan mulut tampak bersih.	
11.35 WIB	1	Menciptakan lingkungan yang nyaman	 Nira A
		E/ Pasien tampak nyaman saat makan, posisi pasien pun tampak nyaman	
13.00 WIB	1	Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat candesartan 1 x 16 mg per oral	 Nira A
		E/ Pasien telah diberikan obat	
13.40 WIB	3	Memonitor asupan makanan	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan mual sedikit berkurang dan nafsu makan sedikit bertambah, porsi makan habis $\frac{3}{4}$ porsi	
13.50 WIB	3	Memonitor berat badan dan IMT	 Nira A
		E/ BB : 45 kg TB : 153 cm IMT : 19,2 (Normal)	
14.00 WIB	2	Memonitor kadar glukosa darah	 Nira A
		E/ GD 2 JPP 156 mg/dL	
14 April 2023 14.30 WIB	1	Memonitor TTV	 Nira A
		E/ Suhu : 36,4°C Nadi : 82 x/menit Respirasi : 20 x/menit Tekanan darah: 143/82 mmHg SpO2 : 99%	
14.30 WIB	1	Memonitor keluhan dan skala nyeri pasien	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan nyeri masih terasa, leher bagian belakang sedikit tegang, skala nyeri 3 (0-10)	
15.10 WIB	1	Memposisikan pasien semi fowler dengan mengkobinasikan kompres hangat pada pasien saat merasa nyeri	 Nira A
		E/ Pasien mau dilakukan kompres hangat, setelah dilakukan kompres hangat nyeri berkurang, meringis berkurang, leher bagian belakang tidak tegang, skala nyeri pasien menjadi 2 dari 0-10	
17.00 WIB	2	Memberikan obat apidra 10 IU per SC	 Nira A



		E/ Obat telah diberikan	
17.30 WIB	3	Memonitor asupan makanan pasien	 Nira A
		E/ Pasien makan habis 1 porsi, pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, nafsu makan meningkat	
17.40 WIB	3	Memonitor berat badan dan IMT	 Nira A
		E/ BB : 45.5 kg TB : 153 cm IMT : 19,4 (Normal)	
18.00 WIB	1,3	Memberikan obat ondansentron 1 x 8 gr per IV, Pantoprazole 1 x 40 mg per IV, dan Amlodipin 1 x 10 mg per oral	 Nira A
		E/ Obat telah diberikan	
19.00 WIB	5	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi	 Nira A
		E/ Pasien mampu menerima informasi secara diskusi dan bertukar pikiran, kemampuan membaca pasien baik	
19.10 WIB	5	Mengidentifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi belajar	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan lebih senang jika belajar sambil bertukar pikiran seperti berdiskusi, karena jika dilakukan secara presentasi ditakutkan ia akan mengantuk	
19.15 WIB	5	Menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan setuju jika dilakukan kegiatan penkes esok hari pukul 1 siang karena keluarganya juga besok ada saat siang hari.	
15 April 2023 07.30 WIB	1	Memonitor TTV	 Nira A
		E/ Tekanan darah: 126/74 mmHg Nadi : 76 x/menit Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36,8°C SpO ₂ : 99%	
10.40 WIB	1	Memonitor keluhan dan skala nyeri	 Nira A

		E/ Pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tidak tampak meringis, leher bagian belakang tidak tegang, skala nyeri 1 dari 0-10	
13.00 WIB	2	Memberikan obat apidra 10 IU per SC	 Nira A
		E/ Obat telah diberikan	
13.25 WIB	5	Menyediakan materi dan media penkes	 Nira A
		E/ Media yang digunakan yaitu leaflet dengan metode diskusi dan Tanya jawab	
13.30 WIB	5	Melakukan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan melibatkan keluarga dalam perawatan hipertensi	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan perawatan hipertensi dengan benar. Pasien tampak mengerti dan mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan benar	
13.30 WIB	5	Menginformasikan secara factual kepada pasien mengenai perawatan hipertensi	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan mengerti dan mau melakukan perawatan penyakit hipertensi dengan benar. Pasien tampak mengerti dan mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan benar	
13. 45 WIB	3	Memonitor tanda-tanda dan tingkat ansietas	 Nira A
		E/ Pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena sudah tahu cara perawatan penyakit hipertensi dengan benar, pasien tampak lebih tenang.	
13.50 WIB	2	Memonitor asupan makanan pasien	 Nira A
		E/ Pasien makan habis 1 porsi, tidak mual dan nafsu makan meningkat	
13. 50 WIB	2	Memonitor berat badan dan IMT	 Nira A
		E/ BB : 45,5 kg TB : 153 cm IMT : 19,4 (Normal)	
17 April 2023 10.00 WIB	1	Memonitor TTV	 Nira A
		E/ Tekanan darah: 125/80 mmHg Nadi : 82 x/menit Respirasi : 20 x/menit	

		Suhu : 36,5°C SpO ₂ : 99%	
10.10 WIB	2	Memonitor kadar glukosa darah E/ GDS 136 mg/dL	 Nira A
10.15 WIB	1	Memonitor keluhan dan skala nyeri E/ Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien tidak tampak meringis, leher bagian belakang tidak tegang, skala nyeri 0 dari 1-10	 Nira A
10.25 WIB	1	Memberikan penkes manajemen nyeri dengan melibatkan keluarga E/ Pasien dan keluarga mengerti cara manajemen nyeri selain menggunakan terapi obat medis, dan akan melakukannya jika nyeri terasa	 Nira A

E. EVALUASI KEPERAWATAN

TANGGAL/WAKTU	NO. DX	EVALUASI	PARAF
Senin, 17 April 2023 14.00	1	S : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang pada skala 1 dari (0-10) O : - Pasien tidak tampak meringis - leher bagian belakang tidak tegang - Skala nyeri 0 dari 0-10 - TD : 125/80 mmHg A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan	 Nira A
Senin, 17 April 2023	2	S : Pasien mengatakan sudah tidak merasa lesu O : - GDS : 136 mg/dL	 Nira A
Senin, 17 April 2023 14.00	3	S : - Pasien mengatakan nafsu makan meningkat - Pasien mengatakan mual berkurang O : - Porsi makan habis 1 porsi - Mukosa bibir lembab - BB : 45,5 kg A : Masalah teratasi P : intervensi dihentikan	 Nira A

Sabtu, 15 April 2023 14.00	4	<p>S : Pasien mengatakan tidak cemas lagi terhadap penyakitnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	 Nira A
Senin, 15 April 2023 14.00	5	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan penyakit hipertensi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan tindakan sesuai anjuran terbukti dengan memakan makanan yang sesuai - Pasien mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	 Nira A

Lampiran 10 Dokumentasi



Lampiran 11 Satuan Acara Penyuluhan Hipertensi

SATUAN ACARA PENYULUHAN HIPERTENSI

Pokok Pembahasan	: Hipertensi
Sub Pokok Pembahasan	: Pengetahuan Tentang Hipertensi
Sasaran	: Pasien dan Keluarga pasien
Hari, tanggal	: Sabtu, 15 April 2023
Waktu	: 13.30 – 14.00
Tempat	: Ruang Rawat Inap Ny. E
Penyuluh	: Nira Aliyah

A. Tujuan Penyuluhan

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan Ny. E dan keluarganya dapat memahami tentang hipertensi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan Penyuluhan tentang Asma di rumah AN. S selama 30 menit, diharapkan keluarga An. S dapat mengetahui tentang :

- a. Menjelaskan kembali dengan benar apa yang menjadi pengertian dari hipertensi tanpa melihat leaflet.
- b. Menyebutkan kembali dengan benar apa penyebab/faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi tanpa melihat leaflet
- c. Menyebutkan kembali dengan benar tanda dan gejala hipertensi tanpa melihat leaflet
- d. Menjelaskan kembali dengan benar komplikasi hipertensi tanpa melihat leaflet.
- e. Menjelaskan kembali dengan benar cara pencegahan dan penanganan hipertensi tanpa melihat leaflet.

B. Materi/Isi Promosi Kesehatan

1. Pengertian Hipertensi
2. Penyebab / Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Hipertensi
3. Tanda dan Gejala Hipertensi
4. Komplikasi Hipertensi
5. Cara pencegahan dan penanganan Hipertensi

C. Media

1. Leaflet

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

E. Kegiatan

WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
13.30 – 13.35 (5 menit)	Pembukaan : 1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan 3. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	Menjawab salam, Mendengarkan, dan Memperhatikan
13.35 – 13.45 (10 menit)	Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi : 1. Pengertian Hipertensi 2. Penyebab Hipertensi 3. Tanda dan Gejala Hipertensi 4. Komplikasi yang terjadi 5. Pencegahan dan Penanganan	Menyimak dan memperhatikan

13.45 – 13.55 (10 menit)	Evaluasi : 1. Menyimpulkan inti penyuluhan 2. Memberikan kesempatan kepada remaja untuk bertanya 3. Memberi kesempatan kepada remaja untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan	Menyimak, Bertanya dan Menjawab pertanyaan
13.55 – 14.00 (5 menit)	Penutup : 1. Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan 2. Menyampaikan terima kasih atas perhatian dan waktu yang telah diberikan kepada peserta 3. Mengucapkan salam	Menjawab salam

F. Evaluasi

1. Tipe Evaluasi
Evaluasi Formatif
2. Jenis Evaluasi
Evaluasi disampaikan melalui lisan
3. Bentuk Evaluasi
Subjektif dan Objektif
4. Pokok-Pokok Evaluasi
 - a. Jelaskan pengertian Hipertensi
 - b. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Hipertensi
 - c. Sebutkan tanda dan gejala Hipertensi
 - d. Jelaskan dan sebutkan cara pencegahan dan penanganan Hipertensi
 - e. Sebutkan komplikasi Hipertensi

G. Lampiran

1. Pengertian

Menurut JNC-VII (2003) Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2. Penyebab/faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi

a. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

- 1) Usia disebabkan oleh perubahan alamiah didalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah, dan hormon (Pranata & Prabowo, 2017).
- 2) Jenis kelamin, pada pria lebih tinggi daripada wanita, karena pria diyakini memiliki kebiasaan gaya hidup yang dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan wanita.
- 3) Genetik, riwayat hipertensi dalam keluarga (faktor genetik) juga meningkatkan risiko hipertensi, terutama hipertensi primer

b. Faktor resiko yang dapat diubah

- 1) Obesitas menyebabkan lemak inaktif sehingga beban kerja jantung meningkat (Oktavianus & Sari, 2014).
- 2) Merokok mengandung nikotin dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah, termasuk pembuluh darah koroner yang menyuplai oksigen ke jantung, dan penggumpalan sel darah.
- 3) Kurang aktivitas fisik
- 4) Konsumsi garam berlebih dapat meningkatkan volume darah dan membuat jantung bekerja lebih keras sehingga tekanan darah naik
- 5) Dislipidemia
- 6) Konsumsi alkohol berlebih
- 7) Psikososial dan stress

3. Tanda dan Gejala

Gejala awal yang mungkin timbul dari hipertensi yaitu: sakit kepala, rasa berat dan tidak nyaman pada tengkuk, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan (Oktavianus & Sari, 2014)

4. Komplikasi

- a. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang.
- b. Infark Miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal, glomerulus.
- d. Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya kejantung dengan cepat, mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edema.

5. Pencegahan dan penanganan hipertensi

Pencegahan awal pasien hipertensi dilakukan melalui program penyuluhan dan pengendalian faktor-faktor resiko. Contoh tindakan pencegahan yang dapat dilakukan antara lain manajemen pola makan/diit, perubahan gaya hidup, dan manajemen stress dengan diimbangi dengan panatalaksanaan medis terkait obat-obatan dan modifikasi gaya hidup dengan CERDIK, yaitu :

- C : Cek kesehatan secara berkala
- E : Enyahkan asap rokok
- R : Rajin aktivitas fisik/olahraga
- D : Diet dengan gizi seimbang
- I : Istirahat dengan cukup
- K : Kelola stress dengan baik

Lampiran 12 Leaflet Hipertensi



Meningkatkan aktivitas fisik

Berhenti merokok dan mengurangi kolesterol pada makanan



PENCEGAHAN HIPERTENSI Non Farmakologi



Mengurangi asupan garam



Menghindar rokok dan minuman alkohol



Menghindari makanan berlemak dan stress

Olahraga yang cukup

Farmakologi
Obat-obatan anti hipertensi



PENGOBATAN TRADISIONAL UNTUK HIPERTENSI

- Buah Mentimun
- Buah Bala-bala
- Daun Seledri

Dari Mentimun Obat Tradisional dari Bala-bala dan Mintimun

- 1 kg buah ketimun / belimbing cuti ditiga bersis
- Kupas kulitnya kemudian dipotong
- Sering airnya kemudian diminum
- Lakukan setiap hari kurang lebih 1kg untuk 2 minggu sekali perhari

HIPERTENSI

sudahkah anda mengukur Tekanan Darah anda ???




PROGRAM PROFESI KEPERAWATAN NERS
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UIN SYARIF HIDAYATULLAH
JAKARTA
2012

HIPERTENSI

APA ITU HIPERTENSI?

Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan diastolik >90 mmHg

KLASIFIKASI TD ORANG DEWASA

Kategori	Sistolik	Diastol
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130 - 139	85 - 89
HT. Ringan	140 - 159	90 - 99
HT. Sedang	160 - 179	100 - 109
HT. Berat	180 - 209	110 - 119
Sangat Berat	> 210	> 120

Faktor penyebab



Sires Psikososial

Obesitas (kegemukan)



Kurang olah raga



Rokok



Alkohol



Penyakit ginjal, DM

Gejala HIPERTENSI



Peningkatan tekanan darah
Sakit kepala dibagian tengkuk

Epistaksis (mimisan)



Kejang



Telinga berdenging



Sukar tidur



Mata berkunang-kunang

PERAWATAN DI RUMAH





Penurunan BB bila terdapat kelebihan

















Membatasi alkohol





Lampiran 13 Lembar Bimbingan Proposal KTI







	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	





Nama Mahasiswa : Nira Alyah
 NIM : P17320120056
 Nama Pembimbing : Yosep Petyadi, S.Kp., M.Kep.
 Judul KTI : ACUAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN PACE NYAMAN : NYERI AKUT PADA KEPALA DI RSUD PROVINSI JAWA BARAT

NO.	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu 25/01 2023	Pengajuan Judul	Cari data penyakit dan mulai menyusun BAB I		
2.	Kamis 02/02 2023	Membahas BAB I	Revisi, tambahkan data yang kurang. Lanjut menyusun BAB II		
3.	20/02 2023	Pertahankan BAB I dan pertahankan BAB II, BAB III	BAB I → tambahkan konsep KDM sesuai panduan BAB II → sesuaikan intervensi dengan buku 35		
4.	01/03 2023	Pertahankan BAB I, II, III	- BAB I → tambahkan data nyeri pasien hipertensi BAB III → perbaiki instrumen studi teras		
5.	21/03 2023	Konsultasi BAB I, II, III	BAB I, II, III → ACC & perbaikan		
6.	30/03 2023	Konsultasi perbaikan & pengajuan persetujuan ujian proposal			
					

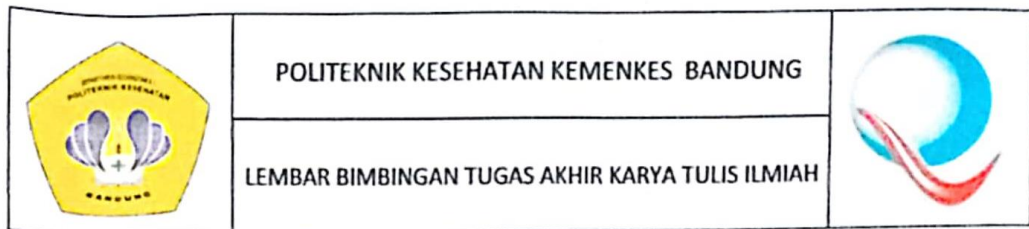
	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nira Aliyah
 NIM : P17320120056
 Nama Pembimbing : Ali Hamzah, S. Kp., MHS.
 Judul KTI : ASUHATI KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR NYAMAN: NYERI AKUT PADA KEPALA DI RSUD AL-IRHAMAN PROVINSI JAWA BARAT








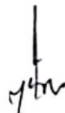





NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	21/02 2023 Selasa	Konsultasi BAB I dan BAB 2	<ul style="list-style-type: none"> Tambahkan justifikasi deficit pengetahuan. tambahkan konsep deficit pengetahuan 		
2.	20/03 2023 Senin	Revisi Bab I, II, III	<ul style="list-style-type: none"> BAB I lengkapi latar belakang & urutan alinea BAB II lengkapi patofisiologi dan intervensi serta diagnosis pada asuhan keperawatan BAB II tambahkan dan perjas di bagian implementasi dan evaluasi obat-obat hipertensi instrumen perbaikan pemeriksaan fisik pada BAB III perjas 		
3.	22/03 2023 Kamis	Konsultasi hasil revisi BAB I, II & III	<ul style="list-style-type: none"> BAB I tambahkan fenomena kejadian nyeri akut pasien hipertensi 		



			- BAB II tambahkan penjelasan paterhadap sebelum timbul dampak pada KDM		
			- BAB II perinc sistem pemerintahan perjetis dan buai lebih spesifik		
			- BAB II intervensi di-		
			Klasifikasi jadi 4 jenis		
			- BAB II evaluasi di- perbaiki sesuai aturan dan prosedur diagnosis		
4.	29/03 2023 Rabu	konsultasi revisi BAB II, III, IIII	Acc. Yn Sue II Sub III		
5	31/03 2023 Jumat	Perbaikan BAB II dan pengajuan Persetujuan sidang ujian proposal	Acc. Yn di lanjutkan pada sidang UP		

Lampiran 14 Lembar Bimbingan Sidang KTI






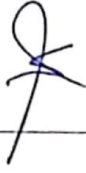


Nama Mahasiswa : Nira Aliyah
 NIM : 1132020056
 Nama Pembimbing : Bpt. Yusep Rohyadi S.P., M.K.H.
 Judul KTI : ASUMSI KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN PADA NYAMAN : NYEM AKUT PADA KEPALA DI RUANG UMAR BIN KATATAB 2 RSUD AL-IHSAN PROVINSI JAWA BARAT

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	10 Mei 2023	Bimbingan BAB IV	Perbaiki BAB IV mulai susun BAB V		
2.	17 Mei 2023	Revisi BAB IV dan bimbingan BAB V	Perbaiki isi, pembahasan terutama Anamnesa		
3.	25 Mei 2023	Revisi BAB IV dan V	Perbaiki BAB IV dan BAB V		
4.	30 Mei 2023	Bimbingan FTI	Perbaiki pembahasan Rekomendasi, kesimpulan		
5.	5 Juni 2023	Bimbingan FTI	Perbaiki Abstrak, rekomendasi dan pembahasan		
6.	6 Juni 2023	Bimbingan FTI			

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : NIRA ALIYAH
 NIM : P17320120050
 Nama Pembimbing : AU Hamzah, S. Kp., MNS.
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN ASA NYAMAN - NYERI AKUT PADA KEPALA DI RUANG UMMA BIN KHATAB 2 RSUD AL-INSAN PROVINSI JAWA BARAT

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Rabu, 31/05 2023	Konsultasi Askep dan BAB 1	- tambahkan faktor pendukung dalam askep - kaitan dan kaitkan keaskep dengan teori dari bab 3 dan jurnal		
2.	Senin, 05/06 2023	Konsultasi Revisi BAB IV & V	- perbaiki dan tambahkan pembahasan keaskep pada BAB 1 - perbaiki BAB 5		
3.	Selasa 06/06 2023	Bimbingan KTI	Askep sing KTI		

Lampiran 14 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas Diri

Nama : Nira Aliyah
Tempat, tanggal lahir : Bandung, 23 Maret 2003
Agama : Islam
Alamat : Kp. Haurpugur RT/RW 002/003, Desa Haurpugur,
Kecamatan Rancaekek, Kabupaten Bandung, Jawa Barat
Email : niraalyh@gmail.com

Riwayat Pendidikan

SD Negeri Haurpugur 1	2009 – 2014
SMP Negeri 2 Rancaekek	2014 - 2017
SMK Bhakti Kencana Cileunyi	2017 – 2020
Poltekkes Kemenkes Bandung Prodi D3 Keperawatan	2020 – 2023