



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn M & Tn S HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh:

Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M & Tn. S HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh:

Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M & Tn. S HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh:

Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua tercinta Ibu Ginem dan Bapak Supriyono dan kakak saya yang saya cintai Agus Purwanto. Terima kasih atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sujud sholatnya setiap malam sehingga ananda mampu berdiri tegar, semangat dan kuat sampai tahap ini demi tercapainya cita-cita masa depan.
2. Seluruh staff, dosen, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
3. Sahabat tercinta *Wisma Bombom Swantai* (WBS CREW), beranggota Aqilah Maulidiyah, Ella Oktavia, Abdul Qodir Mahali, Fajar Bagaskara, Bayu Aji Santuso, Bagus Yoga Prasetya, Rahmad Kurniawan, Rico Prasetyo, Indra Dwi Warsito, Ridho Maulana Istigosah, Muhammad Dedi Yusuf, Rendi Tyan Setiabudi, Karuniawan Rismadhani, Muhammad Dafit yang senantiasa memberi motivasi dan membantu hingga terselesainya karya tulis ilmiah ini.

MOTO

“Tuntutlah ilmu dan belajarlh (untuk ilmu) ketenangan dan kehormatan diri, dan bersikaplah rendah hati kepada orang yang mengajar kamu.”

(HR. Ath-Thabrani)



PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Anthok Dwi Pambudi

NIM : 152303101056

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir kasus saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam karya tulis ilmiah ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 24 Juli 2018

Yang menyatakan,



Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M & Tn. S HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh:
Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

Pembimbing

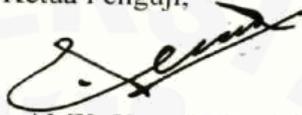
Laili Nur Azizah, S. Kep., Ners., M Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 29 Agustus 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



Zainal Abidin, AMK. Kep, S.Pd., M.Kes.
NIP. 19800131 200801 1 007

Anggota I,



Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes
NIP. 19720323 200003 1 003

Anggota II,



Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP 19650629198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018; Anthok Dwi Pambudi 152303101056; 2018; halaman: Jurusan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Tekanan darah yang tinggi pada kasus hipertensi menunjukkan bahwa darah dipompa ke pembuluh arteri oleh jantung dengan kekuatan yang terlalu tinggi melebihi kondisi normal. Kondisi tersebut menyebabkan kerusakan vaskuler akibat adanya aterosklerosis atau adanya perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola yang menyebabkan penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan nyeri kepala. Rasa pusing dan nyeri merupakan perasaan yang sering ditemukan pada penyakit hipertensi. Hal tersebut menyebabkan munculnya masalah keperawatan nyeri pada penderita hipertensi. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk melakukan eksplorasi Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018.

Metode yang digunakan adalah laporan kasus, partisipan laporan kasus ini adalah 2 klien yang terdiagnosa medis hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. Studi kasus ini menggunakan pengumpulan data dengan cara wawancara terhadap klien maupun keluarga, observasi dengan cara pemeriksaan fisik, dan juga dokumentasi yang didapat dari buku rekam medik klien.

Intervensi yang dilakukan penulis terhadap partisipan hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu dengan tindakan pemberian kompres panas kering. Tindakan ini penulis lakukan 1 kali sehari dengan waktu 20-30 menit dan mengkaji secara teratur (setiap 5 menit) kondisi kulit klien untuk mengetahui kelainan yang timbul akibat pemberian kompres panas, seperti kemerahan, rasa terbakar, ketidaknyamanan, kebocoran, dsb. Hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien belum menunjukkan teratasinya masalah keperawatan nyeri akut, akan tetapi kedua klien mengatakan menurunnya tingkat nyeri dan lebih merasa nyaman.

Dari hasil tersebut bagi penulis selanjutnya tentang masalah keperawatan nyeri akut diharapkan untuk menambah frekuensi tindakan pemberian kompres panas kering per harinya agar hasil yang didapatkan lebih maksimal, juga ditambah dengan pemberian diet rendah lemak dan rendah natrium pada garam.

SUMMARY

Nursing Care at Tn. M & Tn. S Hypertension with Nursing Problems Acute Pain in Melati Room of Dr.Haryoto Lumajang Hospital in 2018; Anthok Dwi Pambudi 152303101056; 2018; page: Department of Nursing D3 Program Universitas Jember Lumajang Campus.

High blood pressure in cases of hypertension indicates that blood is pumped into the arteries by the heart with a force that is too high to exceed normal conditions. These conditions cause vascular damage due to atherosclerosis or structural changes in the small arteries and arterioles that cause blockage of blood vessels resulting in headache. Sense of dizziness and pain is a feeling that is often found in hypertension disease. This causes the emergence of pain nursing problems in patients with hypertension. The purpose of this paper is to conduct exploration of Nursing Care at Tn. M & Tn. S Hypertension with Nursing Problems Acute Pain in Melati Room of Dr.Haryoto Lumajang Hospital in 2018.

The method used is case report, the participants of this study were 2 clients who diagnosed medical hypertension with acute pain nursing problem in Jasmine Room dr. Haryoto Lumajang. This case study uses data collection by interviewing clients and family, observation by physical examination, and also documentation obtained from client's medical record book.

Intervention by the authors to the participants of hypertension with acute pain nursing problem is by the action of giving hot dry compresses. This action the author do 1 times a day with a time of 20-30 minutes and reviewing regularly (every 5 minutes) skin condition of the client to know the abnormalities arising from the provision of hot compresses, such as redness, burning, discomfort, leakage, The results of nursing care performed on both clients have not demonstrated the limits of acute pain nursing problems, but both clients say decreased pain levels and more comfortable.

From these results for further author on acute pain nursing problems are expected to increase the frequency of action of giving hot compresses per day for the results obtained more leverage, also coupled with the provision of low-fat and low-sodium diet on salt.

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan laporan kasus dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini
4. Ibu Laili Nur Azizah, S. Kep., Ners., M Kep selaku dosen pembimbing yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa
5. Bapak Zainal Abidin, A. Md. Kep, S. Pd., M. Kes selaku ketua penguji
6. Bapak Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes selaku anggota penguji 2
7. Perpustakaan D3 keperawatan Unej kampus Lumajang yang telah membantu dan menyediakan literatur yang dibutuhkan untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Dengan terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 24 Juli 2018

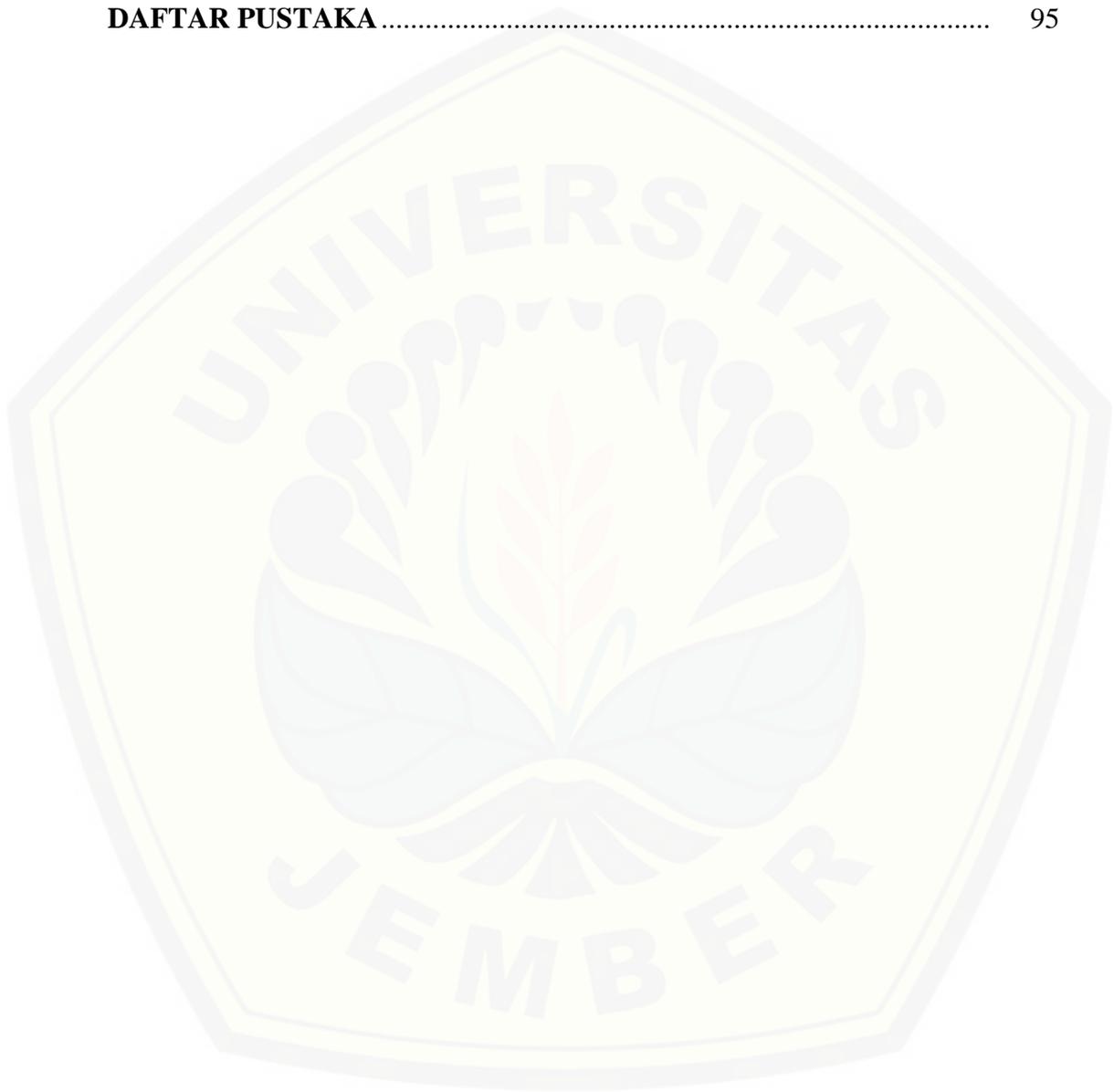
Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul Laporan Tugas Akhir	i
Persetujuan Pembimbing.....	ii
Halaman Sampul Laporan Tugas Akhir	iii
Halaman Judul Laporan Tugas Akhir	iv
Persembahan	v
Motto	vi
Pernyataan	vii
Halaman Pembimbingan	viii
Halaman Pengesahan	ix
Ringkasan	x
Summary	xi
Prakata	xiii
Daftar Isi	xv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar.....	xvii
Daftar Lampiran	xviii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Definisi Hipertensi	6
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Etiologi Hipertensi	7
2.1.4 Patofisiologi Hipertensi	9
2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi	13
2.1.6 Penatalaksanaan	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	20
2.1.8 Discharge Planning	21
2.1.9 Komplikasi.....	22
2.2 Konsep Nyeri	22
2.2.1 Definisi Nyeri	22
2.2.2 Batasan Karakteristik	23
2.2.3 Faktor yang Berhubungan	24
2.2.4 Saran Penggunaan.....	24
2.2.5 Alternatif Diagnosis	25
2.2.6 Hasil NOC	25
2.2.7 Kriteria Evaluasi	26
2.2.8 Intervensi NIC.....	27
2.2.9 Aktivitas Keperawatan	27
2.2.10 Aktivitas Kolaboratif	28
2.2.11 Aktifitas Lain	29

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	30
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	30
2.3.2 Pemeriksaan Diagnostik	36
2.3.3 Diagnosis Keperawatan	37
2.3.3 Intervensi Keperawatan	39
2.3.4 Implementasi Keperawatan	40
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	40
BAB 3. METODE PENULISAN.....	43
3.1 Desain Penulisan	43
3.2 Batasan Istilah.....	43
3.2.1 Asuhan Keperawatan	43
3.2.2 Klien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut	43
3.3 Partisipan	43
3.4 Lokasi dan Waktu	44
3.4.1 Lokasi	44
3.4.2 Waktu	44
3.5 Pengumpulan Data	44
3.5.1 Wawancara	44
3.5.2 Observasi	45
3.5.3 Dokumentasi	35
3.5.4 Pemeriksaan Fisik	45
3.6 Uji Keabsahan Data	45
3.7 Analisa Data	45
3.7.1 Pengumpulan Data	46
3.7.2 Mereduksi Data	46
3.7.3 Penyajian Data	46
3.7.4 Kesimpulan	46
3.8 Etika Penulisan.....	46
3.8.1 <i>Informed consent</i>	47
3.8.2 Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	47
3.8.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	47
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	49
4.2 Hasil dan Pembahasan Asuhan keperawatan	49
4.2.1 Pengkajian.....	49
4.3 Diagnosa Keperawatan	76
4.4 Intervensi Keperawatan	77
4.5 Implementasi Keperawatan.....	80
4.6 Evaluasi Keperawatan.....	85
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	91
5.1 Kesimpulan	91
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	91
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	91
5.1.3 Intervensi Keperawatan	61

5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	92
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	92
5.2 Saran	92
5.2.1 Bagi Penulis	92
5.2.2 Bagi Perawat	93
5.2.3 Bagi Keluarga	93
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya	93
DAFTAR PUSTAKA	95



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	7
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Level	7
Tabel 2.3 Pathway hipertensi	12
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan	38
Tabel 4.1 Identitas Klien	49
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	51
Tabel 4.3 Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan	52
Tabel 4.4 Pola Nutrisi dan Metabolik	53
Tabel 4.5 Pola Eliminasi	54
Tabel 4.6 Pola Tidur dan Aktivitas/Istirahat	55
Tabel 4.7 Pola Sensori dan Pengetahuan	57
Tabel 4.8 Pola Hubungan Interpersonal dan Peran, Persepsi dan Konsep Diri, Reproduksi dan Seksual, Penanggulangan Stres dan Tata Nilai dan Kepercayaan	58
Tabel 4.9 Tanda-tanda Vital	61
Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik Kepala sampai Leher	61
Tabel 4.11 Pemeriksaan Fisik Sistem Integumen	62
Tabel 4.12 Pemeriksaan Fisik Sistem Pernapasan	64
Tabel 4.13 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler.....	65
Tabel 4.14 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan.....	67
Tabel 4.15 Pemeriksaan Fisik Sistem Musukuloskeletal dan Neurologi.....	68
Tabel 4.16 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin dan Genitourinari	70
Tabel 4.17 Pemeriksaan Laboratorium	71
Tabel 4.18 Terapi Obat	73
Tabel 4.19 Analisa Data	75
Tabel 4.20 Analisa Data lain yang muncul	76
Tabel 4.21 Diagnosa Keperawatan	76
Tabel 4.22 Diagnosa Keperawatan yang lain	77
Tabel 4.23 Intervensi Keperawatan	77
Tabel 4.24 Implementasi Keperawatan Klien 1 (Tn. M)	81
Tabel 4.25 Implementasi Keperawatan Klien 1 (Tn. S).....	83
Tabel 4.26 Evaluasi Keperawatan Hari ke 1	85
Tabel 4.27 Evaluasi Keperawatan Hari ke 2.....	86
Tabel 4.28 Evaluasi Keperawatan Hari ke 3.....	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 *Wong Baker Pain Rating Scale* 23



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Laporan Tugas Akhir	100
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	101
Lampiran 3 Langkah Langkah Tindakan Kompres Hangat Kering.....	102
Lampiran 4 Surat Ijin	105
Lampiran 5 Lembar Konsultasi.....	108



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Transisi epidemiologi dan demografi saat ini menyebabkan terjadinya perubahan gaya hidup. Perubahan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, aktivitas fisik rendah, tingginya konsumsi makanan tinggi energi dan lemak serta konsumsi alkohol diduga menjadi faktor resiko Penyakit Tidak Menular (PTM). Salah satu PTM yang menjadi masalah kesehatan serius adalah hipertensi. (Kusumastuty & dkk, 2014). Rasa pusing dan nyeri merupakan perasaan yang sering ditemukan pada penyakit hipertensi. Rasa pusing dan nyeri tersebut dirasakan hilang timbul, nyeri kepala dirasakan menjalar ke leher. (Rahmawati, 2014).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan masalah yang sangat besar dan serius. Menurut WHO tahun 2017 insiden hipertensi meningkat dua kali lipat dalam 5 tahun terakhir di semua lapisan sosial. Di tingkat global, diperkirakan bahwa orang dengan hipertensi, hanya 57% tahu kondisi mereka, 40,6% menerima pengobatan obat antihipertensi tetapi hanya 13,2% mencapai angka tekanan darah terkontrol. (Pan American Health Organization, 2017). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 9,5 persen. Jadi, ada 0,1 persen yang minum obat sendiri. Responden yang mempunyai tekanan darah normal tetapi sedang minum obat hipertensi sebesar 0,7 persen. Jadi prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5 persen (25,8% + 0,7 %). (Kemkes RI, 2018). Menurut Survei Terpadu Penyakit atau disingkat STP Puskesmas di Jatim tahun 2010, sejumlah daerah di Jatim yang paling banyak menyumbang klien penderita hipertensi Kabupaten Malang, jumlah penderita 31.789 orang. Disusul Kota Surabaya peringkat ke-2 sejumlah 28.970 penderita, Madura peringkat ke-3 sebanyak 28.955 penderita. Secara keseluruhan jumlah penderita hipertensi di

Jatim mencapai 275.000 orang. (Tohari, 2016). Berdasarkan laporan kesehatan calon jamaah haji pada “Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2014” diketahui total calon jamaah haji yang memiliki tekanan darah tinggi sebanyak 787 orang dari total 1.132 calon jamaah yang diperiksa, dengan proporsi penderita terbanyak adalah perempuan yakni 459 : 328 orang. Angka tersebut tergolong tinggi yakni sebesar 69,52% calon jamaah haji yang diperiksa menderita hipertensi. (Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang, 2014).

Tekanan darah yang tinggi pada kasus hipertensi menunjukkan bahwa darah dipompa ke pembuluh arteri oleh jantung dengan kekuatan yang terlalu tinggi melebihi kondisi normal. Tekanan darah tinggi pada hipertensi akan merusak dinding pembuluh arteri akibat trauma secara terus-menerus. Kondisi ini mempercepat terjadinya sumbatan darah akibat pembentukan plak lemak atherosclerosis (penumpukan plak pada dinding arteri). Saat jantung berkontraksi, darah akan dipompa keluar dari ventrikel menuju ke aorta dan arteri pulmonalis. Darah kemudian akan didistribusikan menuju pembuluh darah berdiameter kecil yang disebut arterioli. Tonus otot di dinding arteriolus menentukan apakah pembuluh darah tersebut lentur atau kaku. Pada orang lanjut usia terjadi perubahan elastisitas dinding pembuluh darah akibat proses penuaan sehingga pola tekanannya mengalami perubahan karena pembuluh darah yang menjadi lebih kaku ini. Jika pembuluh darah arteriolus tidak elastis maka diameter lumen akan sempit sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Aliran darah yang tidak lancar ini akan membuat beberapa organ tubuh hanya menerima sedikit darah sehingga akan dideteksi oleh otak, ginjal serta beberapa organ tubuh lainnya. Tubuh akan bereaksi melalui mekanisme refleks persarafan serta hormonal yang memaksa jantung untuk bekerja lebih keras lagi supaya darah bisa terdistribusikan lancar di arteriol. Akibatnya tekanan darah menjadi naik dibandingkan kondisi normal. Kondisi ini pada beberapa orang akan menetap sehingga menjadi penyakit hipertensi. (Karnadi, 2016). Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O₂ (oksigen) dan peningkatan CO₂ (karbondioksida) kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak. Kondisi tersebut menyebabkan

kerusakan vaskuler akibat adanya aterosklerosis atau adanya perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola yang menyebabkan penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan nyeri kepala. (Setyawan & Kusuma, 2014)

Pada umumnya penatalaksanaan klien hipertensi terbagi menjadi dua, yaitu dengan pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Pendekatan secara farmakologis dapat dilakukan dengan dengan memberikan terapi golongan analgesik karena analgesik sangat efektif untuk mengurangi nyeri, seperti *antrain*, *ketorolac*, *ibuprofen* dan golongan diuretik untuk mengurangi curah jantung seperti *chlorthelidon*, *hydromox*, *lasix*, *aldactone*, *dyreniu*. Kemudian secara nonfarmakologis dapat dilakukan dengan cara: 1) Pengaturan diet (mis., diet rendah garam (*natrium*), tinggi kalium, diet rendah kolesterol, diet kaya buah dan sayur, 2) Olahraga, 3) Memperbaiki gaya hidup kurang sehat seperti merokok dan mengonsumsi alkohol, 4) Manajemen Nyeri (NIC): a) Pengkajian: (1) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan oleh faktor presitipasinya. (2) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif, b) Penyuluhan untuk Klien/Keluarga: (1) Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur, (2) Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis (mis., umpan balik fisiologis, *Transcutaneous Electrical Nerve Simulation [TENS]*, hipnosis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase), sebelum, setelah, dan jika memungkinkan, selama aktifitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersama penggunaan tindakan peredaran nyeri yang lain, c) Aktivitas Kolaborasi: (1) Gunakan tindakan pengendalian nyeri sebelum nyeri menjadi lebih berat, (2) Laporkan kepada dokter jika keluhan saat ini merupakan perubahan yang bermakna dari perubahan nyeri klien dimasa lalu.

Berdasarkan latar belakang di atas, didapatkan bahwa tingginya risiko hipertensi dan pengaruhnya terhadap nyeri akut pada klien. Hal ini menimbulkan ketertarikan penulis untuk mengeksplorasi lebih dalam tentang pemberian Asuhan

Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dilihat bahwa salah satu masalah yang dialami para penderita hipertensi adalah tentang nyeri akut yang dapat beresiko memperparah kondisi klien, maka dapat dirumuskan permasalahan laporan kasus sebagai berikut, “Bagaimana eksplorasi Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018?”

1.3. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk melakukan eksplorasi Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Hasil laporan kasus ini sebagai pengalaman yang nyata dan memperdalam keterampilan Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

1.4.2 Bagi Perawat

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat menambah wawasan serta masukan yang dapat meningkatkan keterampilan perawat terkait dengan pemberian Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan pada klien sesuai dengan konsep yang ada.

1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil laporan kasus ini diharapkan memberikan data evaluasi terkait dengan pemberian Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018, sehingga rumah sakit dapat semakin berkualitas disisi pelayanan dan penanganan yang diberikan.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dan tambahan informasi bagi mahasiswa dalam peningkatan dan mutu pendidikan di masa yang akan datang terkait dengan Asuhan Keperawatan pada klien Hipertensi di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018, sehingga mahasiswa memiliki konsep yang tepat pada saat praktik klinik keperawatan.

1.4.5 Bagi Klien dan Keluarga

Hasil laporan kasus ini diharapkan dapat memperbaiki dan meningkatkan derajat kesembuhan pada klien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Rumah Sakit dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018, sehingga dapat dijadikan tindakan mandiri klien ataupun keluarga baik di rumah sakit ataupun ketika pulang ke rumah.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab Tinjauan Pustaka ini menguraikan tentang landasan teori, yang meliputi konsep hipertensi dan konsep asuhan nyeri akut pada klien hipertensi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah *suatu peningkatan abnormal tekanan darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode*. Hal ini terjadi arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkat melawan tekanan darah arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah. (Udjianti, 2010)

Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg yang terjadi pada seorang klien pada tiga kejadian terpisah (Ignatavicius, 1994). Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah $\geq 160/95$ mmHg dinyatakan sebagai hipertensi

Tekanan darah di antara normotensi dan hipertensi disebut *borderline hypertension* (Garis Batas Hipertensi). Batasan WHO tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin. (Udjianti, 2010)

Kaplan memberi batasan hipertensi dengan memperhatikan usia dan jenis kelamin (Soeparman, 1999; 205).

- a. Pria berusia < 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanan darah pada waktu berbaring $\geq 130/90$ mmHg.
- b. Pria berusia > 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekana darahnya $> 145/95$ mmHg.
- c. Wanita, hipertensi bila tekanan darah $\geq 160/95$ mmHg.

2.1.2 Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi pada klien berusia ≥ 18 tahun oleh *The Joint National Commitee on Devection, Evaluation, and Treatment og High Blood Pressure (1988)*. (Udjianti, 2010)

Batasan Tekanan Darah (mmHg)	Kategori
Diastolik	
< 85	Tekanan darah normal
85-89	Tekanan darah normal-tinggi
90-104	Hipertensi ringan
105-114	Hipertensi sedang
≥ 115	Hipertensi berat
Sistolik, saat diastolik < 90 mmHg	
< 140	Tekanan darah normal
140-159	Garis batas hipertensi sistolik terisolasi
≥ 160	Hipertensi sistolik terisolasi

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi berdasarkan level tekanan darah.

	Tekanan darah sistolik dan diastolik blood pressure (SBP dan DBP)
Normotensi	< 140 SBP dan < 90 DBP
Hipertensi ringan	140-180 SBP atau 90-105 DBP
Subgroup: garis batas	140-160 SBP atau 90-105 DBP
Subgroup: garis batas	140-160 SBP dan < 90 DBP
Hipertensi sedang dan berat	>180 SBP > 105 DBP
Hipertensi sistolik terisolasi	> 140 SBP > 90 DBP

2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan.

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer.

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai *peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik)*. Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut.

- 1) *Genetik*: individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.
- 2) *Jenis kelamin* dan *usia*: laki-laki berusia 35-50 tahun, dan wanita pasca menopause beresiko tinggi mengalami hipertensi.
- 3) *Diet*: konsumsi diet tinggi garam atau lemak atau secara langsung berhubungan dengan hipertensi.
- 4) *Berat badan*: obesitas (> 25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan hipertensi.

5) *Gaya hidup*: merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah bila gaya hidup menetap.

a) Hipertensi sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain: penggunaan kontrasepsi oral, *coarctation aorta*, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatris), kehamilan, peningkatan volume intravaskular, luka bakar dan stres. (Udjianti, 2010)

Berikut ini beberapa kondisi yang menjadi penyebab terjadinya hipertensi sekunder.

(1) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen)

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen yang dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme *Renin-aldosteron-mediated volume expansion*. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah normal kembali setelah beberapa bulan.

(2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal.

Merupakan penyebab utama hipertensi hipertensi. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous displasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, dan perubahan struktur, serta fungsi ginjal.

(3) Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. *Adrenal-mediated hypertension* disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari benign adenoma korteks adrenal. *Pheochromocytomas* pada

medula adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan. Pada *Sindrom Cushing*, kelebihan glukokortikoid yang disekresikan dari korteks adrenal. Sindrom Cushing's mungkin disebabkan oleh hipertensi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikal.

(4) Coarctation aorta

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.

(5) Neurogenik

Tumor otak, encephalitis, dan gangguan psikiatrik.

(6) Kehamilan

(7) Luka bakar

(8) Peningkatan volume intravaskular

(9) Merokok

Nikotin dalam rokok *merangsang pelepasan katekolamin*. Peningkatan katekolamin menyebabkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, dan menyebabkan vasokonstriksi, yang mana pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. (Udjianti, 2010)

2.1.4 Patofisiologi

Tekanan arteri sistematik adalah hasil dari perkalian *cardiac output* (curah jantung) *dengan total tahanan perifer*. Cardiac output (curah jantung) diperoleh dari perkalian antarastroke volume dengan heart rate (denyut jantung).

Pengaturan pertahanan perifer dipertahankan oleh sistem syaraf otonom dan sirkulasi hormon. Empat sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain *sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin angiotensin dan autoregulasi vaskular*.

Baroreseptor arteri terutama ditemukan pada *sinus carotid*, tapi juga dalam *aorta* dan *dinding ventrikel kiri*. Baroreseptor ini memonitor derajat

tekanan arteri. Sistem baroreseptor meniadakan tekanan arteri melalui mekanisme perlambatan jantung oleh respon vagal (stimulasi parasimpatis) dan vasodilatasi dengan penurunan tonus simpatis. Oleh karena itu, reflek kontrol sirkulasi meningkatkan tekanan arteri sistemik bila tekanan baroreseptor turun dan menurunkan tekanan arteri sistemik bila tekanan baroreseptor meningkat. Alasan pasti mengapa kontrol ini gagal pada hipertensi belum diketahui. Hal ini ditujukan untuk menaikkan *re-setting* sensitivitas baroreseptor sehingga tekanan meningkat secara tidak adekuat, sekalipun penurunan tidak ada.

Perubahan volume cairan memengaruhi tekanan arteri sistemik. Bila tubuh mengalami kelebihan garam dan air, tekanan darah meningkat melalui mekanisme fisiologi kompleks yang mengubah tekanan balik vena ke jantung dan mengakibatkan peningkatan curah jantung. Bila ginjal berfungsi secara adekuat, peningkatan tekanan arteri mengakibatkan diuresis dan penurunan tekanan darah. Kondisi patologis yang mengubah ambang tekanan pada ginjal dan mensekresikan garam dan air akan meningkatkan tekanan arteri sistemik.

Renin dan angiotensin memegang peranan dalam pengaturan tekanan darah. Ginjal memproduksi renin yaitu suatu enzim yang bertindak pada substrat protein plasma untuk memisahkan angiotensin I, yang kemudian diubah oleh *converting enzim* menjadi bentuk angiotensin II kemudian menjadi angiotensin III. Angiotensin II dan III mempunyai alat vasokonstriktor yang kuat pada pembuluh darah dan merupakan mekanisme kontrol terhadap pelepasan aldosteron. Aldosteron sangat bermakna pada hipertensi terutama pada aldosteronisme primer. Melalui peningkatan aktivitas sistem syaraf simpatis, angiotensin II dan III juga mempunyai efek *inhibiting* atau penghambatan pada ekskresi garam (Natrium) dengan akibat peningkatan tekanan darah.

Sekresi renin yang tidak tepat diduga sebagai penyebab meningkatnya tekanan perifer vaskular pada hipertensi esensial. Pada tekanan darah tinggi, kadar renin harus diturunkan karena peningkatan arterional renal mungkin menghambat sekresi renin. Namun demikian, sebagian besar orang hipertensi esensial mempunyai kadar renin normal.

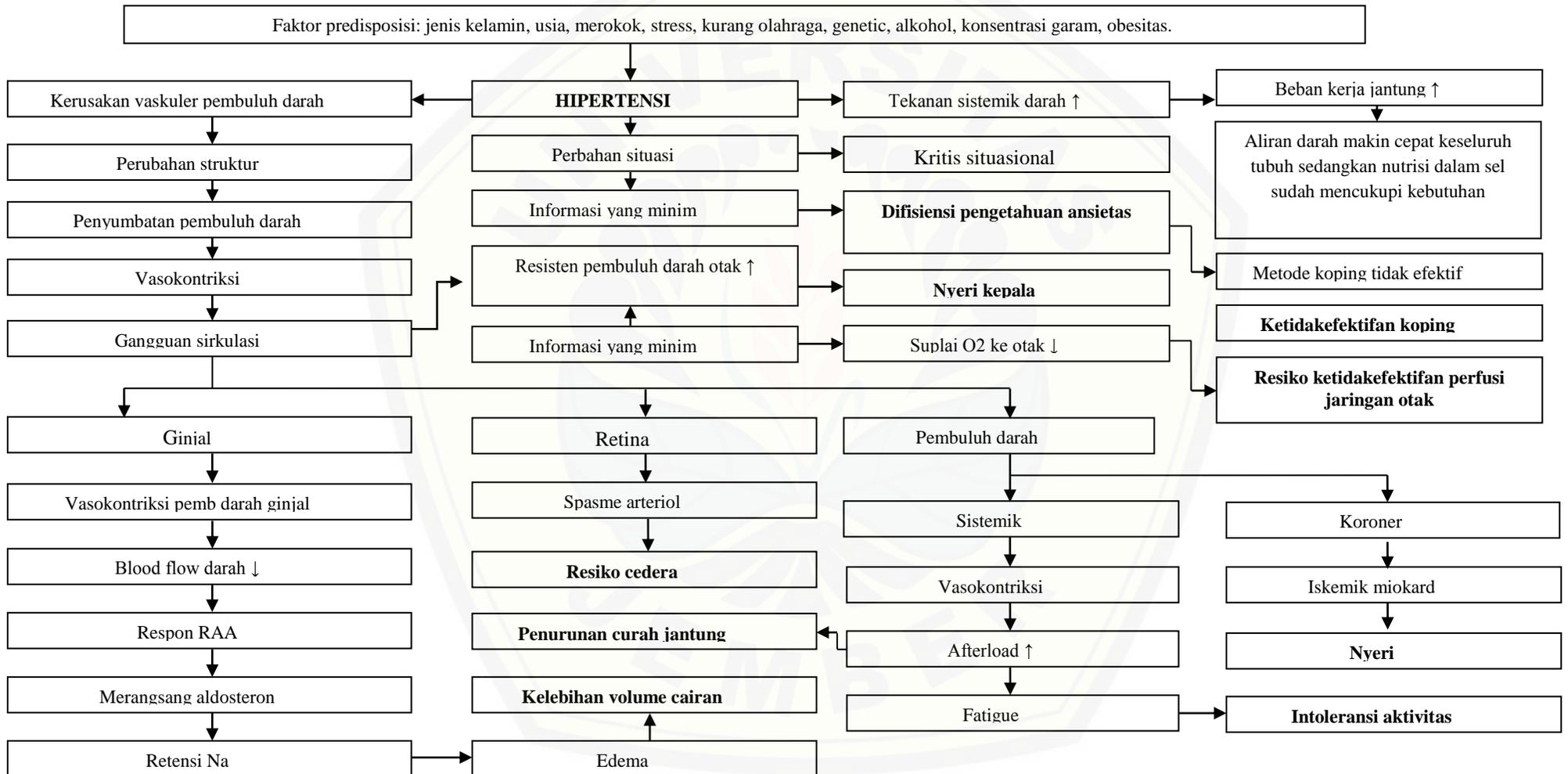
Peningkatan tekanan darah terus-menerus pada klien hipertensi esensial akan mengakibatkan kerusakan pembuluh darah pada organ-organ vital.

Hipertensi esensial mengakibatkan *hiperplasia medial* (penebalan) arteriole-arteriole. Karena pembuluh darah menebal, maka perfusi jaringan menurun dan mengakibatkan kerusakan organ tubuh. Hal ini menyebabkan infark miokard, stroke, gagal jantung, dan gagal ginjal.

Autoregulasi vaskular merupakan mekanisme lain yang terlibat dalam hipertensi. Autoregulasi vaskular *adalah suatu proses yang mempertahankan perfusi jaringan dalam tubuh relatif konstan*. Jika aliran berubah, proses-proses autoregulasi akan menurunkan tahanan vaskular dan mengakibatkan penurunan aliran, sebaliknya akan meningkatkan tahanan vaskular akibat dari peningkatan aliran. Autoregulasi nampak menjadi mekanisme penting dalam menimbulkan hipertensi berkaitan dengan *overload* darah dan air.

Hipertensi maligna adalah *tipe hipertensi berat yang berkembang secara progresif*. Seseorang dengan hipertensi maligna biasanya memiliki gejala-gejala *morning headaches*, penglihatan kabur dan sesak napas atau dispnea, dan/gejala uremia. Tekanan darah diastolik > 115 mmHg, dengan rentang tekanan diastolik antara 130-170 mmHg. Hipertensi maligna meningkatkan resiko gagal ginjal, gagal jantung kiri, dan stroke. (Udjianti, 2010)

Tabel 2.3 Pathway hipertensi. (Nurarif, 2016)



2.1.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi: (Nurarif, 2016)

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala yang lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala yang lazim yang mengenai kebanyakan klien yang mencari pertolongan medis. Menurut (Bunga PA, 2013) selain nyeri, dapat pula terjadi kekakuan sendi setelah sendi tidak digerakkan beberapa lama (gel phenomenon), tetapi kekakuan ini akan hilang setelah sendi digerakkan. Jika terjadi kekakuan pada pagi hari, biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit (tidak lebih dari 30 menit). Gambaran lainnya adalah keterbatasan dalam bergerak, nyeri tekan lokal, pembesaran tulang di sekitar sendi, efusi sendi dan krepitasi.

Beberapa klien yang menderita hipertensi yaitu:

- 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak napas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun

(Nurarif, 2016)

2.1.6 Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menggunakan resiko penyakit kardiovaskuler dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan tercapai adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg dan mengontrol faktor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensi.

a. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan:

a) Diuretik: Diuretik tiazid adalah diuretic dengan potensi menengah yang menurunkan tekanan darah dengan cara menghambat reabsorpsi sodium pada daerah awal tubulus distal ginjal, meningkatkan ekskresi sodium dan volume urin. Tiazid juga mempunyai efek vasodilatasi langsung pada arteriol, sehingga dapat mempertahankan efek antihipertensi lebih lama. Tiazid diabsorpsi baik pada pemberian oral, terdistribusi luas dan dimetabolisme di hati. Efek diuretik tiazid terjadi dalam waktu 1-2 jam setelah pemberian dan bertahan sampai 12-24 jam, sehingga obat ini cukup diberikan sekali sehari. Efek antihipertensi terjadi pada dosis rendah dan peningkatan dosis tidak memberikan manfaat pada tekanan darah, walaupun diuresis meningkat pada dosis tinggi. Efek tiazid pada tubulus ginjal tergantung pada tingkat ekskresinya, oleh karena itu tiazid kurang bermanfaat untuk pasien dengan gangguan fungsi ginjal. Efek samping, peningkatan ekskresi urin oleh diuretik tiazid dapat mengakibatkan hipokalemia, hipo- natriemi, dan hipomagnesiemi. Hiperkalsemia dapat terjadi karena penurunan ekskresi kalsium. Interferensi dengan ekskresi asam urat dapat mengakibatkan hiperurisemia, sehingga penggunaan tiazid pada pasien gout harus hati-hati.

b) Beta blocker memblok beta-adrenoseptor. Reseptor ini diklasifikasikan menjadi reseptor beta-1 dan beta-2. Reseptor beta-1 terutama terdapat pada jantung sedangkan reseptor beta-2 banyak ditemukan di paru-paru, pembuluh darah perifer, dan otot lurik. Reseptor beta-2 juga dapat ditemukan di jantung, sedangkan reseptor beta-1 juga dapat dijumpai pada ginjal. Reseptor beta juga dapat ditemukan di otak. Stimulasi reseptor beta pada otak dan perifer akan memacu pelepasan neurotransmitter yang meningkatkan aktivitas system saraf simpatis. Stimulasi reseptor beta-1 pada nodus sino-atrial dan miokardium meningkatkan heart rate dan kekuatan kontraksi. Stimulasi reseptor beta pada ginjal akan menyebabkan pelepasan rennin, meningkatkan aktivitas system rennin-angiotensin-aldosteron. Efek akhirnya adalah peningkatan cardiac output, peningkatan tahanan perifer dan peningkatan sodium yang diperantarai aldosteron dan retensi air. Terapi menggunakan beta-blocker akan mengantagonis semua efek tersebut sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Beta-blocker yang selektif (dikenal juga sebagai cardioselective beta-blockers), misalnya bisoprolol, bekerja pada reseptor beta-1, tetapi tidak spesifik untuk reseptor beta-1 saja oleh karena itu penggunaannya pada pasien dengan riwayat asma dan bronkhospasma harus hati-hati. Beta-blocker yang non-selektif (misalnya propranolol) memblok reseptor beta-1 dan beta-2. Beta-blocker yang mempunyai aktivitas agonis parsial (dikenal sebagai aktivitas simpatomimetik intrinsic), misalnya acebutolol, bekerja sebagai stimulan-beta pada saat aktivitas adrenergik minimal (misalnya saat tidur) tetapi akan memblok aktivitas beta pada saat aktivitas adrenergik meningkat (misalnya saat berolah raga). Hal ini menguntungkan karena mengurangi bradikardi pada siang hari. Beberapa beta-blocker, misalnya labetalol, dan carvedilol, juga memblok efek adrenoseptor-alfa perifer. Obat lain, misalnya celiprolol, mempunyai efek agonis beta-2 atau vasodilator. Beta-blocker diekskresikan lewat hati atau ginjal tergantung sifat kelarutan obat dalam air atau lipid. Obat-obat yang diekskresikan melalui hati biasanya harus diberikan beberapa kali dalam sehari sedangkan yang diekskresikan melalui ginjal biasanya mempunyai waktu paruh yang lebih lama sehingga dapat diberikan sekali dalam sehari. Beta-blocker tidak boleh dihentikan mendadak melainkan harus secara

bertahap, terutama pada pasien dengan angina, karena dapat terjadi fenomena rebound. Efek samping, blokade reseptor beta-2 pada bronkhi dapat mengakibatkan bronkhospasme, bahkan jika digunakan beta-bloker kardioselektif. Efek samping lain adalah bradikardia, gangguan kontraktil miokard, dan tangan-kaki terasa dingin karena vasokonstriksi akibat blokade reseptor beta-2 pada otot polos pembuluh darah perifer. Kesadaran terhadap gejala hipoglikemia pada beberapa pasien DM tipe 1 dapat berkurang. Hal ini karena beta-bloker memblok sistem saraf simpatis yang bertanggung jawab untuk “memberi peringatan“ jika terjadi hipoglikemia. Berkurangnya aliran darah simpatetik juga menyebabkan rasa malas pada pasien. Mimpi buruk kadang dialami, terutama pada penggunaan beta-bloker yang larut lipid seperti propanolol. Impotensi juga dapat terjadi. Beta-blockers non-selektif juga menyebabkan peningkatan kadar trigilserida serum dan penurunan kolesterol HDL.

c) ACE inhibitor

Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEi) menghambat secara kompetitif pembentukan angiotensin II dari prekursor angiotensin I yang inaktif, yang terdapat pada darah, pembuluh darah, ginjal, jantung, kelenjar adrenal dan otak. Angitensin II merupakan vaso-konstriktor kuat yang memacu penganalgesia aldosteron dan aktivitas simpatis sentral dan perifer. Penghambatan pembentukan angiotensin II ini akan menurunkan tekanan darah. Jika sistem angiotensin -renin-aldosteron teraktivasi (misalnya pada keadaan penurunan sodium, atau pada terapi diuretik) efek antihipertensi ACEi akan lebih besar. ACE juga bertanggungjawab terhadap degradasi kinin, termasuk bradikinin, yang mempunyai efek vasodilatasi. Penghambatan degradasi ini akan menghasilkan efek antihipertensi yang lebih kuat. Beberapa perbedaan pada parameter farmakokinetik obat ACEi. Captopril cepat diabsorpsi tetapi mempunyai durasi kerja yang pendek, sehingga bermanfaat untuk menentukan apakah seorang pasien akan berespon baik pada pemberian ACEi. Dosis pertama ACEii harus diberikan pada malam hari karena penurunan tekanan darah mendadak mungkin terjadi; efek ini akan meningkat jika pasien mempunyai kadar sodium rendah.

d) Antagonis Angiotensin II

Reseptor angiotensin II ditemukan pada pembuluh darah dan target lainnya. Disubklasifikasikan menjadi reseptor AT1 dan AT2. Reseptor AT1 memperantarai respon farmakologis angiotensin II, seperti vasokonstriksi dan pelepasan aldosteron. Dan oleh karenanya menjadi target untuk terapi obat. Fungsi reseptor AT2 masih belum begitu jelas. Banyak jaringan mampu mengkonversi angiotensin I menjadi angiotensin II tanpa melalui ACE. Oleh karena itu memblok sistem renin-angiotensin melalui jalur antagonis reseptor AT1 dengan pemberi anantagonis reseptor angiotensin II mungkin bermanfaat. Antagonis reseptor angiotensin II (AIIRA) mempunyai banyak kemiripan dengan ACEi, tetapi AIIRA tidak mendegradasi kinin. Karena efeknya pada ginjal, ACEi dan AIIRA dikontraindikasikan pada stenosis arteri ginjal bilateral dan pada stenosis arteri yang berat yang mensuplai ginjal yang hanya berfungsi satu. Efek samping ACEi dan AIIRA, sebelum mulai memberikan terapi dengan ACEi atau AIIRA fungsi ginjal dan kadar elektrolit pasien harus dicek. Monitoring ini harus terus dilakukan selama terapi karena kedua golongan obat ini dapat mengganggu fungsi ginjal. Baik ACEi dan AIIRA dapat menyebabkan hiperkalemia karena menurunkan produksi aldosteron, sehingga suplementasi kalium dan penggunaan diuretik hemat kalium harus dihindari jika pasien mendapat terapi ACEi atau AIIRA. Perbedaan anatar ACEi dan AIIRA adalah batuk kering yang merupakan efek samping yang dijumpai pada 15% pasien yang mendapat terapi ACEi. AIIRA tidak menyebabkan batuk karena tidak mendegradasi bradikinin.

e) Calcium channel blocker

Calcium channel blockers (CCB) menurunkan influks ion kalsium ke dalam sel miokard, sel-sel dalam sistem konduksi jantung, dan sel-sel otot polos pembuluh darah. Efek ini akan menurunkan kontraktilitas jantung, menekan pembentukan dan propagasi impuls elektrik dalam jantung dan memacu aktivitas vasodilatasi, interferensi dengan konstriksi otot polos pembuluh darah. Semua hal di atas adalah proses yang bergantung pada ion kalsium. Terdapat tiga kelas CCB: dihidropiridin (misalnya nifedipin dan amlodipin); fenilalkalamin (verapamil) dan benzotiazepin (diltiazem). Dihidropiridin mempunyai sifat vasodilator perifer yang

merupakan kerja antihipertensinya, sedangkan verapamil dan diltiazem mempunyai efek kardiak dan digunakan untuk menurunkan heart rate dan mencegah angina. Semua CCB dimetabolisme di hati. Efek samping, pemerahan pada wajah, pusing dan pembengkakan pergelangan kaki sering dijumpai, karena efek vasodilatasi CCB dihidropiridin. Nyeri abdomen dan mual juga sering terjadi. Saluran cerna juga sering terpengaruh oleh influks ion kalsium, oleh karena itu CCB sering mengakibatkan gangguan gastrointestinal, termasuk konstipasi.

f) Alpha-blocker

Alpha-blocker (penghambat adreno-septor alfa-1) memblokir adreseptor alfa-1 perifer, mengakibatkan efek vasodilatasi karena merelaksasi otot polos pembuluh darah. Diindikasikan untuk hipertensi yang resisten. Efek samping, alpha-blocker dapat menyebabkan hipotensi postural, yang sering terjadi pada pemberian dosis pertama kali. Alpha-blocker bermanfaat untuk pasien laki-laki lanjut usia karena memperbaiki gejala pembesaran prostat.

g) Golongan lain

Antihipertensi vasodilator (misalnya hidralazin, minoksidil) menurunkan tekanan darah dengan cara merelaksasi otot polos pembuluh darah. Antihipertensi kerja sentral (misalnya klonidin, metildopa, monoksidin) bekerja pada adreseptor alpha-2 atau reseptor lain pada batang otak, menurunkan aliran simpatetik ke jantung, pembuluh darah dan ginjal, sehingga efek akhirnya menurunkan tekanan darah. Efek samping, antihipertensi vasodilator dapat menyebabkan retensi cairan. Tes fungsi hati harus dipantau selama terapi dengan hidralazin karena ekskresinya melalui hati. Hidralazin juga diasosiasikan dengan sistemik lupus eritematosus. Minoksidil diasosiasikan dengan hipertrikosis (hirsutism) sehingga kurang sesuai untuk pasien wanita. Obat-obat kerja sentral tidak spesifik atau tidak cukup selektif untuk menghindari efek samping sistem saraf pusat seperti sedasi, mulut kering dan mengantuk, yang sering terjadi. Metildopa mempunyai mekanisme kerja yang mirip dengan klonidin tetapi dapat menyebabkan efek samping pada sistem imun, termasuk pireksia, hepatitis dan anemia hemolitik.

b. Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmalogis, antara lain:

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menyampaikan bahwa diet dan pola hidup sehat dan/atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri. Beberapa diet yang dianjurkan:

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan nutrisi yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
 - b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vaskular.
 - c) Diet kaya buah dan sayur
 - d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner
- 2) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1 kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang dijual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia.

3) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonik dapat juga meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL (*High Density Lipoproteins*), yang dapat mengurangi terbentuknya aterosklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke bagian organ dan dapat meningkatkan kerja jantung. (Aspiani, 2014)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.

2) BUN/kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

3) Glukosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

4) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

b. CT Scan : mengkaji adanya tumor serebral, encefalopati.

c. EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peningkatan gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

d. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal.

e. Foto dada : menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung. (Nurarif, 2016)

f. Pemeriksaan penunjang (Andrea, 2013) pada klien dengan hipertensi adalah sebagai berikut :

1) Hematokrit pada penderita hipertensi kadar hematokrit dalam darah meningkat seiring dengan meningkatnya kadar natrium dalam darah. Pemeriksaan hematokrit diperlukan juga untuk mengikuti perkembangan pengobatan hipertensi.

2) Kalium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.

3) Kreatinin serum

Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan kreatinin adalah kadar kreatinin dalam darah meningkat sehingga berdampak pada fungsi ginjal.

4) Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes.

5) Elektrokardiogram

Pembesaran ventrikel kiri dan gambaran kardiomegali dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini. Dapat juga menggambarkan apakah hipertensi telah lama berlangsung

2.1.8 Discharge planning

a. Berhenti merokok

b. Pertahankan gaya hidup sehat

c. Belajar untuk rileks dan mengendalikan stress

d. Batasi konsumsi alkohol

e. Penjelasan mengenai hipertensi

f. Jika sudah menggunakan obat hipertensi teruskan penggunaannya secara rutin.

g. Diet garam serta pengendalian berat badan.

h. Periksa tekanan darah secara teratur. (Nurarif, 2016)

2.1.9 Komplikasi

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah selain otak yang terpajan tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak mengalami aterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma atau pelebaran abnormal pada pembuluh nadi karena kondisi dinding pembuluh darah yang lemah.
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distrikmia (degupan jantung abnormal), hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.
- c. Salah satu komplikasi yang terjadi adalah gagal ginjal. Gagal ginjal dapat terjadi karena adanya kerusakan secara progresif akibat tekanan yang tinggi di glomerulus. Hal ini menyebabkan darah yang mengalir menuju ke unit fungsional ginjal menjadi terganggu. Apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan hipoksia dan kematian. Pada kondisi tersebut, akan terjadi penurunan fungsi ginjal yang mengakibatkan protein tidak dapat tersaring dan akan keluar bersama dengan urin. Oleh Karena itu, tekanan osmotik koloid plasma yang berfungsi untuk mempertahankan cairan agar tidak keluar menuju pembuluh darah menjadi menurun yang dapat menyebabkan terjadinya edema. Keadaan ini sering dijumpai pada pasien dengan hipertensi kronik. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan terjadinya gangguan ginjal. Begitu pula sebaliknya, pada gangguan ginjal dapat memicu peningkatan tekanan darah sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi.
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi

pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan syaraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

e. Kejang dapat terjadi pada wanita preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan. (Aspiani, 2014)

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti kerusakan (*International Association for the Studi of Pain*); awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan.

2.2.2 Batasan Karakteristik

a. Subjektif

- 1) Melaporkan [nyeri] dengan isyarat (mis., menggunakan skala nyeri)
- 2) Melaporkan nyeri

b. Objektif

- 1) Respon otonom (mis., diaforesis; perubahan tekanan darah, pernapasan atau denyut jantung, atau dilatasi pupil)
- 2) Perilaku distraksi (mis., mondar-mandir, mencari orang dan/atau aktivitas lain, aktivitas berulang)
- 3) Perlaku ekspresif (mis., gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan hela napas panjang)
- 4) Wajah topeng
- 5) Sikap melindungi
- 6) Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun)

- 7) Bukti nyeri yang dapat diamati
 - 8) Perilaku menjaga atau sikap melindungi
 - 9) Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur, atau tidak menentu, dan menyeringai)
- c. Batasan Karakteristik Lain (non-NANDA International)
- 1) Mengkomunikasikan deskriptor nyeri (mis., rasa tidak nyaman, mual, keringat malam hari, kram otot, gatal kulit, mati rasa, dan kesemutan pada ekstremitas)
 - 2) Menyeringai
 - 3) Rentan perhatian terbatas
 - 4) Pucat
 - 5) Menarik diri

2.2.3 Faktor yang Berhubungan

Agen-agens penyebab cedera (mis., biologis, kimia, fisik, dan psikologi)

2.2.4 Saran Penggunaan

Nyeri akut dapat didiagnosis berdasarkan laporan klien saja karena kadang-kadang hanya hal tersebut satu-satunya tanda *Nyeri akut*. Tidak ada satupun batasan karekteristik lain yang berdiri sendiri dan dapat mencukupi untuk mendiagnosis *Nyeri akut*. Faktor yang berhubungan mengindikasikan bahwa seorang klien dapat menderita *Nyeri akut* fisik dan psikologis. Kata-kata pemberi sifat harus ditambahkan pada diagnosis ini untuk mengindikasikan keparahan, lokasi, dan sifat nyeri. Dua contoh dianosis yang sesuai adalah: *Nyeri dada hebat seperti ditusuk-tusuk yang berhubungan dengan fraktur tulang iga, dan Sakit kepala frontal ringan yang berhubungan dengan kongesti sinus.*

Nyeri Akut dan *Nyeri Kronis* harus dibedakan karena fokus keperawatan untuk masing-masing diagnosis tersebut berbeda. *Nyeri akut* (mis., nyeri insisi pasca bedah) biasanya masalah kolaborasi yang ditangani, terutama dengan memberikan analgesik narkotik. Terdapat lebih sedikit intervensi keperawatan mandiri untuk *Nyeri akut*, seperti mengajarkan kepada klien untuk membelat area insisi saat bergerak, namun hal ini saja tidak adekuat untuk mengurangi nyeri

kronis. Pada saat nyeri yang terjadi bersifat akut atau disebabkan oleh stresor yang tidak disebabkan oleh intervensi keperawatan (mis., insisi bedah), boleh jadi nyeri merupakan etiologi, bukan masalah, sebagai contoh diagnosis *Ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan batuk yang lemah sekunder akibat Nyeri akut insisi dada*. Nyeri juga dapat menjadi etiologi (yaitu, faktor yang berhubungan) untuk diagnosis keperawatan yang lain, seperti *Ketidakberdayaan yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengatasi Nyeri akut dan Defisit perawatan-diri berpakaian/berhias, yang berhubungan dengan nyeri sendi saat bergerak*.

Tabel 2.3 Batasan Karakteristik

Batasan Karakteristik	Nyeri	Nyeri kronis
Durasi kurang dari 6 bulan	X	
Durasi lebih dari 6 bulan		X
Respon otonom, seperti pucat, peningkatan tanda-tanda vital dan diaforesis	X	
Perubahan kepribadian		X
Penurunan berat badan		X

2.2.5 Alternatif Diagnosis yang Disarankan

- a. Kenyamanan, gangguan
- b. Nyeri, kronis

2.2.6 Hasil NOC

- a. Kepuasan Klien : menejemen Nyeri: tingkat persepsi positif tentang perawatan klien untuk meredakan nyeri
- b. Tingkat Kenyamanan: tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis
- c. Pengendalian Nyeri: keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan

2.2.7 Tujuan/Kriteria Evaluasi

a. Contoh Menggunakan Bahasa NOC

1) Memperlihatkan pengendalian nyeri, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau selalu):

- a) Mengawali awitan nyeri
- b) Menggunakan tindakan pencegahan
- c) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan

2) Menunjukkan tingkat nyeri, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: sangat berat, berat, sedang, ringan atau tidak ada):

- a) Ekspresi nyeri pada wajah
- b) Gelisah atau ketegangan otot
- c) Durasi episode nyeri
- d) Merintih dan menangis
- e) Gelisah

a. Contoh Lain, klien akan:

1) Memperlihatkan teknik relaksasi secara individual yang efektif mencapai kenyamanan

2) Mempertahankan tingkat nyeri pada _____ atau kurang (dengan skala 0-10)

3) Melaporkan kesejahteraan fisik dan psikologis

4) Mengenali faktor penyebab dan menggunakan tindakan untuk memodifikasi faktor tersebut

5) Melaporkan nyeri pada penyedia layanan kesehatan

6) Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik dan non-analgesik secara tepat

7) Tindakan mengalami gangguan dalam frekuensi pernapasan, denyut jantung dan tekanan darah

8) Mempertahankan selera makan yang baik

9) Melaporkan kemampuan untuk mempertahankan performa peran dan hubungan interpersonal.

2.2.8 Intervensi NIC

- a. Pemberian Analgesik: Menggunakan agens farmakologi atau menghilangkan nyeri
- b. Pemberian Medikasi: Mempersiapkan, memberikan, dan mengevaluasi keefektifan obat resep dan obat bebas
- c. Menejemen Medikasi: Memfasilitasi penggunaan obat resep atau obat bebas secara aman dan efektif
- d. Manajemen Nyeri: Meringkankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh klien
- e. Bantuan Analgesia yang Dikendalikan oleh Klien memudahkan pengendalian pemberian dan pengaturan analgesik klien
- f. Manajemen Sedasi: Memberikan sedatif, memantau respon klien, dan memberikan dukungan fisiologis yang dibutuhkan selama prosedur diagnostik atau terapeutik
- g. Surveilans: mengumpulkan, menginterpretasi, dan menyintesis pada klien dan kontinu untuk membuat keputusan klinis

2.2.9 Aktivitas Keperawatan

- a. Pengkajian
 - 1) Gunakan laporan dari klien sendiri sebagai pilihan pertama untuk mengumpulkan pengkajian
 - 2) Minta klien untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0-10 (0 = tidak ada nyeri atau ketidaknyamanan, 10 = nyeri hebat)
 - 3) Gunakan bagan alir nyeri untuk memantau perbedaan nyeri oleh analgesik dan kemungkinan efek sampingnya.
 - 4) Kaji dampak budaya, agama, kepercayaan dan lingkungan terhadap nyeri dan respon klien
 - 5) Manajemen Nyeri (NIC):
 - a) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan oleh faktor presitipasinya.

b) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif

b. Penyuluhan untuk klien/keluarga

1) Sertakan dalam instruksi pemulangan obat khusus yang harus diminum, frekuensi pemberian, kemungkinan efek samping, kemungkinan interaksi obat, kewaspadaan khusus saat mengonsumsi obat tersebut (mis., pembatasan aktivitas fisik, pembatasan diet), dan nama orang yang harus dihubungi bila mengalami nyeri yang membandel

2) Instruksikan klien untuk menginformasikan kepada perawat peredaan nyeri tidak dapat diicipai

3) Informasikan kepada klien tentang prosedur yang dapat meningkatkan nyeri dan tawarkan strategi koping yang disarankan

4) Perbaiki kesalahan persepsi tentang analgesik narkotik atau opiotik (mis., resiko ketergantungan atau overdosis)

5) *Manajemen Nyeri (NIC)*: berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur

6) *Manajemen Nyeri (NIC)*:

Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis (mis., umpan balik fisiologis, transcutaneous electrical nerve simulation [TENS], hipnosis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase), sebelum, setelah, dan jika memungkinkan, selama aktifitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersama penggunaan tindakan peredaran nyeri yang lain.

2.2.10 Aktivitas Kolaboratif

a. Kelola nyeri pascabedah awal dengan pemberian opiat yang terjadwal (mis., setiap 4 jam selama 36 jam)

b. *Manajemen Nyeri (NIC)*:

1) Gunakan tindakan pengendalian nyeri sebelum nyeri menjadi lebih berat

2) Laporkan kepada dokter jika keluhan saat ini merupakan perubahan yang bermakna dari perubahan nyeri klien dimasa lalu

2.2.11 Aktifitas Lain

a. Sesuaikan frekuensi dosis sesuai indikasi melalui pengkajian nyeri dan efek samping

b. Bantu klien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif dimasa lalu, seperti distraksi, relaksasi, atau kompres hangat/kering

c. Hadir di dekat klien untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aktifitas lain untuk membantu relaksasi, meliputi tindakan sebagai berikut:

1) Lakukan perubahan posisi, masase punggung, dan relaksasi

2) Ganti linen tempat tidur, bila diperlukan

3) Berikan perawatan dengan tidak terburu-buru dengan sikap yang mendukung

4) Libatkan klien dalam pengambilan keputusan yang menyangkut aktivitas perawatan

d. Bantu klien untuk lebih berfokus pada aktivitas, bukan pada nyeri atau rasa tidak nyaman dengan melakukan pengalihan melalui televisi, radio, tape, dan interaksi dengan pengunjung.

e. Gunakan pendekatan yang positif untuk mengoptimalkan respon klien terhadap analgesik (mis., “Obat ini akan mengurangi nyeri Anda”)

f. Eksplorasi perasaan takut ketagihan. Untuk meyakinkan klien, tanyakan “Jika tidak mengalami nyeri, apakah Anda akan membutuhkan obat ini?”

g. Manajemen Nyeri (NIC):

1) Libatkan keluarga dalam modalitas peredaan nyeri, jika memungkinkan

2) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat memengaruhi serpons klien terhadap terhadap ketidaknyamanan (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan).

(Wilkinson, 2016)



Gambar 2.1 Skala Nyeri Wajah *Wong-Baker*. (Latifin, 2014)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

3.2.1 Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan

- 1) Pada banyak kasus tidak ada gejala dan penyakit muncul kebetulan atau selama skrining tekanan darah rutin.
- 2) Gejala yang terlihat adalah efek hipertensi pada sistem organ.
- 3) Bangun tidur dengan sakit kepala di daerah oksipital yang menghilang dalam beberapa jam.
- 4) Pusing, letih, konfusi
- 5) Palpitasi nyeri dada, dispnea
- 6) Epitaksis
- 7) Hemturia
- 8) Penglihatan kabur

b. Riwayat kesehatan, menurut (Nurjanah, 2012)

1) Keluhan Utama

Pada kasus hipertensi, ditemukan keluhan utama adanya pusing yang hebat.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang sedang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST, yaitu:

- a) P = *Paliative/provokatif*; hal-hal yang menyebabkan bertambah/berkurangnya keluhan utama.

Pada kasus hipertensi, ditemukan adanya rasa pusing. Keluhan dirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat.

- b) Q = *Quality/Quantity*; tingkat keluhan utama.
c) R = *Region*; yaitu lokasi keluhan utama.

Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tak tertahankan di seluruh bagian kepala

- d) S = *Savety*; yaitu intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
e) T = *Timing*; yaitu kapan mulai muncul dan berapa lama berlangsungnya.

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala; meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan; yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Saat dikaji pasien hipertensi biasanya didapat riwayat penyakit jantung koroner, merokok, penyalahgunaan obat, tingkat stress yang tinggi, dan gaya hidup yang kurang beraktivitas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit kronis/generative keluarga yang ada hubungannya dengan adanya penyakit jantung, stroke, dan lain-lain.

5) Aspek psikologis

Pada aspek psikologis, ditemukan adanya tingkat stress yang tinggi pada klien, emosi yang labil.

6) Aspek Sosial

Pada aspek social tidak ditemukan hubungan ketergantungan karena klien masih bisa melakukan aktifitasnya namun agak sedikit terganggu.

7) Aspek spiritual

Pada aspek ini, ditemukan adanya keterbatasan melakukan aktivitas keagamaan.

8) Dalam jurnal (Dewi, 2017) gaya hidup merupakan faktor terpenting yang sangat mempengaruhi kehidupan masyarakat. Gaya hidup tidak sehat, akan dapat menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi, misalnya: makanan, aktifitas fisik, stres, dan merokok. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup dibagi dua faktor, yaitu faktor dari dalam (internal) dan faktor dari luar (eksternal). Faktor internal meliputi: sikap, pengalaman, kepribadian, konsep diri, dan motif serta persepsi. Pada faktor eksternal meliputi kelompok referensi, keluarga, kelas sosial, dan kebudayaan. Kebiasaan begadang atau pola tidur tidak teratur juga dapat menyebabkan stres yang tinggi, sehingga dapat mempengaruhi tekanan darah serta jarang berolahraga juga dapat terjadinya penumpukan lemak yang akan menyumbat aliran darah sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

9) Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik menurut (Muttaqin, 2009)

a) Pada pemeriksaan fisik

Mungkin tidak ditemukan kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi juga dapat ditemukan perubahan pada retina, seperti: perdarahan eksudat (kumpulan cairan); penyempitan pembuluh darah; dan pada kasus berat seperti edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala selama bertahun-tahun. Bila ada biasanya menunjukkan adanya kerusakan vaskular dengan manifestasi yang khas sesuai organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah yang bersangkutan.

b) Nadi kuat

c) Bunyi jantung S₄. Menurut (Firdaus, 2017) pada jantung abnormal terdapat suara tambahan yang disebut *murmur*. *Murmur* disebabkan oleh pembukaan katub yang tidak sempurna atau stenotic (yang memaksa darah melewati bukaan sempit), atau *regurgitasi* yang disebabkan oleh penutupan katub yang tidak sempurna dan mengakibatkan aliran balik darah. Dalam masing-masing kasus suara yang timbul adalah akibat aliran darah dengan kecepatan tinggi yang melewati bukaan sempit. Selain itu penyebab terjadinya murmur

adalah kebocoran septum yang memisahkan bagian jantung sebelah kiri dan kanan, sehingga darah mengalir dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan yang mana proses ini menyimpangkan sirkulasi sistemik.

- d) Edema perifer pada tahap lanjut
 - e) Hemoragi, eksudat, dan edema papil pada mata pada tahap lanjut jika terjadi hipertensi retinopati.
 - f) Masa abdomen berdenyut menunjukkan adanya aneurisma abdomen.
 - g) Peningkatan tekanan darah minimal dua kali pengukuran berturut-turut.
 - h) Bising pada aorta abdomen dan arteri femoralis arau karotis.
- 10) Aktivitas/istirahat, gejala: letih, napas pendek, gaya hidup monoton. Tanda: frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. Di dalam jurnal (Kamelia, 2015) nyeri kepala primer yang seringkali dihubungkan dengan tidur pada berbagai penelitian adalah nyeri kepala. Serangan nyeri pada fase prodromal diinisiasi oleh gangguan fungsional neuronal pada hipotalamus. Gangguan periodisitas sentral di hipotalamus ini dapat dilihat sesuai dengan periodisitas serangan nyeri, dan adanya perubahan emosional oleh mekanisme jalur sistem limbik yang berhubungan dengan hipotalamus. Gangguan fisiologi bioritmik hipotalamus seperti perubahan hormonal, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, adalah beberapa faktor yang sering memicu serangan nyeri kepala. Nyeri kepala dipicu oleh perubahan siklus internal atau eksternal, misalnya perubahan bioritmik perubahan hormonal (menstruasi), siklus bangun tidur dan fase tidur, kerja shift, faktor *geoklimatik* (siklus musim, perubahan temperatur tekanan barometri, dan siklus gelap terang, gangguan afektif atau emosional, perubahan kebiasaan rutin (pola waktu makan, aktivitas istirahat, akhir pekan).
- 11) Sirkulasi, gejala: riwayat hipertensi, aterosklerosis, , kelemahan penyakit jantung koroner/katup, penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi. Tanda: Peningkatan tekanan darah, hipotensi postural (mungkin dengan regimen obat), nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, takikardi, radialis, murmur spenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin terlambat/tertunda

12) Integritas ego, gejala: riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress , multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan), letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, menghela napas, peningkatan pola bicara.

13) Eliminasi, gejala: gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu. Di dalam jurnal (Lisowka, 2014) pada klien yang menderita penyakit gagal ginjal akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus, hal ini akan menyebabkan gangguan eliminasi berbagai hasil metabolisme yang pada akhirnya terjadi peningkatan berbagai toksin uremik didalam darah karena kegagalan ginjal untuk mengeliminasi berbagai toksin uremik tersebut. Toksin uremik tersebut termasuk didalamnya *methylglyoxal*, dimana jenis toksin uremik ini bersifat reaktif dengan protein jenis lisin dan arginin yang akan membentuk *advanced glycation end products (AGEs)* yang akan menyebabkan *apoptosis neuron* sehingga akan terjadi gangguan kognitif pada klien gagal ginjal.

14) Makanan/cairan, gejala: makanan yang disukai mencakup makan yang tinggi garam, serta kolesterol, mual, muntah, dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/menurun), riwayat penggunaan diuretik. Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria

15) Neurosensori, gejala: pada pengkajian neurosensori mempunyai gejala keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epitaksis). Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara efek, proses berfikir, penurunan kekuatan genggam tangan

16) Nyeri/ketidaknyamanan, gejala: sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya, nyeri hilang timbul pada tungkai (indikasi aterosklerosis pada arteri ekstremitas bawah)

17) Pernapasan, gejala: dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dispnena, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok. Tanda: distres pernapasan/penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi napas

tambahan (crakles/mengi), sianosis. Menurut (Price, 2006) hipertensi mengacu pada peningkatan tekanan darah sistemik yang menaikkan resistensi terhadap pemompaan darah dari ventrikel kiri ke aorta. Akibatnya, beban kerja jantung bertambah. Sebagai mekanisme kompensasinya, terjadilah hipertrofi ventrikel kiri untuk meningkatkan kekuatan kontraksi. Akan tetapi, lama-kelamaan terjadi dilatasi atau payah jantung atau gagal jantung. Terjadi peningkatan kebutuhan oksigen pada miokard akibat hipertrofi ventrikel dan peningkatan beban kerja jantung, serta diperparah oleh aterosklerosis koroner yang menyebabkan infark miokard. Gagal jantung menurunkan curah jantung suplai darah menurun sehingga terjadi hipoksia di jaringan. Sebagai mekanisme kompensasinya, denyut jantung dipercepat. Akan tetapi, terjadi elevasi ventrikel kiri dan tekanan atrium yang menuju ke peningkatan tekanan kapiler pulmonal yang menyebabkan edema paru. Edema paru dapat berimbas pada terjadinya dispnea.

18) Menurut (Aris, 2014) mual pada hipertensi terjadi pada saat darah masuk ke dalam organ lambung maka lambung akan mendapatkan suplai darah yang banyak dan lambung juga akan meningkatkan asam lambung. Sementara asam lambung harus seimbang dengan keadaan volume makanan yang masuk. Pada pasien hipertensi terjadi penurunan nafsu makan, sehingga produktifitas asam lambung meningkat dan akan menimbulkan gejala mual. Sedangkan muntah merupakan tanda umum gangguan saluran cerna dan jantung. Muntah disebabkan oleh suatu rangkaian kontraksi otot abdomen terkoordinasi dan gerakan peristaltik esofagus yang terbalik, khasnya didahului mual.

19) Menurut (Sylvestris, 2014) retinopati hipertensi adalah suatu kondisi dengan karakteristik perubahan vaskularisasi retina pada populasi yang menderita hipertensi. Tanda-tanda pada retina yang diobservasi adalah penyempitan arteriolar secara general dan fokal, perlengketan atau nicking arteriovcnosa, perdarahan retina dengan bentuk *flame-shape*, *blot-shape* dan, *cotton-wool spots*, dan edema papilla yang menunjukkan bahwa tanda-tanda retinopati ini dapat dipakai untuk memprediksi mortalitas pada pasien hipertensi. Pasien dengan hipertensi biasanya akan mengeluhkan sakit kepala dan nyeri pada mata. Penurunan penglihatan atau penglihatan kabur hanya terjadi pada stadium III atau

stadium IV perubahan vaskularisasi akibat hipertensi. Arteriosklerosis tidak memberikan simptom pada mata. Hipertensi dan . perubahan arteriosklerosis pada fundus diketahui melalui pemeriksaan funduskopi, dengan pupil dalam keadaan dilatasi. Biasa didapatkan perubahan pada vaskularisasi retina, infark koroid tetapi kondisi ini jarang ditemukan pada hipertensi akut yang memberikan gambaran atrofi sirkumskripta dan dan proliferasi epitel. pigmen pada tempat yang terkena infark. Pada bentuk yang ringan, hipertensi akan menyebabkan' peningkatan refleksi arteriolar yang akan terlihat sebagai gambaran *copper wire* atau *silver wire*.

20) Menurut (Rizky, 2017) pada sistem pencernaan juga dapat mengalami gangguan seperti lambung terasa kembung, mual, pedih karena peningkatan asam lambung. Pada sistem perkemihan terjadi gangguan seperti adanya frekuensi buang air kecil yang sering, otot dan tulang terjadi ketegangan, persendihan terasa kaku dan pada sistem endokrin atau hormonal sering dijumpai adanya peningkatan kadar gula dan terjadi penurunan libido dan gairah seksual.

21) Keamanan, gejala: gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural, episode *parestesia unilateral transein*.

22) Pembelajaran/penyuluhan, gejala: faktor resiko keluarga: hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus, faktor lain, seperti orang Afrika-Amerika, Asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan alkohol/obat. Pertimbangan rencana pemulangan: menunjukkan rerata dirawat; 4,2 hari, bantuan dengan pemantauan-diri tekanan darah, perubahan dalam terapi obat.

23) Rencana pemulangan

Bantuan dengan pemantauan diri takanan darah/perubahan dalam terapi obat.

(Muttaqin, Arif, 2009)

3.2.2 Pemeriksaan diagnostik

a. Laboratorium

Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azotemia (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke

atau serangan trans-iskemik (TIA) yang bermasifertasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan. Pada penderita stroke dan hipertensi disertai dengan iskemia. Insiden infark otak mencapai 80%

Hipertrofi ventrikel kiri dapat dikaji dengan elektroardiografi. Protein dalam urine dapat di deteksi melalui urinalisis. Dapat terjadi ketidakmampuan untuk mengonsentrsikan urine dan peningkatan nitrogen urea darah pemeriksaan khusus seperti renogram, pielogram intravena, arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah, dan penentuan kadar urine dapat juga dilakukan untuk mengidentifikasi klien dengan penyakit reno vaskular. Adanya faktor resiko penyakit lainnya juga harus dikaji dan dievaluasi.

- 1) Urinalisis: dapat ditemukan protein, sel darah merah, atau sel darah putih menandakan penyakit ginjal, atau glukosa yang menunjukkan diabetes militus.
- 2) Kadar kalium serum $<3,5$ mEq/L (normal: $3,5-5,0$ mEq/L)² menunjukkan disfungsi adrenal (hiperaldosteronisme primer).
- 3) Kadar nitrogen urea darah normal (normal = $5-25$ mh/dL)²atau meningkat >20 mg/dL dan kadar kreatinin serum normal (normal = $0,5-1,5$ mg/dL)² atau $>1,5$ mg/dL menunjukkan penyakit ginjal.

b. Pencitraan

- 1) Foto toraks menunjukkan kardidomegali
- 2) Arteriografi ginjal menunjukkan stenosis arteri ginjal.

c. Prosedur diagnostic

- 1) Elektrokardiografi (EKG) menunjukkan hipertrofi atau iskemia ventrikel kiri
- 2) Oftalmoskopi menunjukkan luka pada arterio-vena, ensefalopati hipertensif, dan edema
- 3) Pemeriksaan menggunakan kaptopril oral dapat dilakukan untuk menguji hipertensi renovaskular. (Arafat, Yasmara, & Nursiswati, 2016)

3.2.3 Diagnosis keperawatan

(Arafat, Yasmara, & Nursiswati, 2016)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agens fisik (peningkatan tekanan vaskular serebral)

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan: kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- c. Resiko penurunan curah jantung, faktor resiko: perubahan afterload (mis., penigkatan resisten vaskular, vasokonstriksi), perubahan kontraktilitas (mis., hipertrofi venrikel atau rigiditas; iskemia miokaardium).
- d. Berat badan berlebih berhubungan dengan asupan berlebihan yang berkaitan dengan kebutuhan metabolik akibat aktivitas fisik (pengeluaran kalori).
- e. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan: ketidakadekuatan sumber yang tersedia, ketidakadekuatan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk koping, ketidakadekuatan dalam persepsi kontrol, krisis situasi.
- f. Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan: defisiensi pengetahuan, kesulitan ekonomi, kompleksitas regimen terapeutik, persepsi keseriusan. (Arafat, Yasmara, & Nursiswati, 2016)

3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>Nyeri akut <i>Yang berhubungan dengan:</i> Agens fisik (peningkatan tekanan vaskular serebral)</p> <p><i>Definisi:</i> Pengalaman sensori dan emosi tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan sebagai kerusakan (<i>International Association for the Study of Pain</i>); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang</p>	<p>1. Kepuasan Klien: menejemen Nyeri: tingkat persepsi positif tentang perawatan klien untuk meredakan nyeri</p> <p>2. Tingkat Kenyamanan: tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis</p> <p>3. Pengendalian Nyeri: keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan.</p>	<p>Intervensi : Pengkajian</p> <p>1. Gunakan laporan dari klien sendiri sebagai pilihan pertama untuk mengumpulkan pengkajian</p> <p>2. Minta klien untuk menilai nyeri atau ketidaknyamanan pada skala 0-10 (0 = tidak ada nyeri atau ketidaknyamanan, 10 = nyeri hebat)</p> <p>3. Gunakan bagan alir nyeri untuk memantau perbedaan nyeri oleh analgesik dan kemungkinan efek sampingnya.</p> <p>4. Kaji tanda-tanda vital klien</p> <p>5. Kaji dampak budaya, agama, kepercayaan dan lingkungan terhadap nyeri dan respon klien.</p> <p>6. Manajemen Nyeri (NIC):</p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi,</p>

dapat diantisipasi atau diprediksi.

frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan oleh faktor presitipasinya.

b. Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif.

Penyuluhan untuk Klien/Keluarga

7. Manajemen Nyeri (NIC): berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, dan antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur.

8. Manajemen Nyeri (NIC):

Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis (mis., umpan balik fisiologis, transcutaneous electrical nerve simulation [TENS], hipnosis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas akupresur, kompres hangat atau dingin, dan masase), sebelum, setelah, dan jika memungkinkan, selama aktifitas yang menimbulkan nyeri; sebelum nyeri terjadi atau meningkat; dan bersama penggunaan tindakan peredaran nyeri yang lain.

9. *Health Education* (HE) tentang pengaturan diet: diet rendah garam, diet tinggi kalium, diet kaya buah dan sayur, diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

Aktivitas Kolaborasi

10. Manajemen Nyeri (NIC):

a. Gunakan tindakan pengendalian nyeri sebelum nyeri menjadi lebih berat
b. Laporkan kepada dokter jika keluhan saat ini merupakan perubahan yang bermakna dari perubahan nyeri klien dimasa lalu.

Aktivitas Lain

11. Sesuaikan frekuensi dosis sesuai indikasi melalui pengkajian nyeri dan efek samping.

12. Ajarkan klien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif dimasa lalu, seperti distraksi, relaksasi, atau kompres hangat/kering.

13. Hadir di dekat klien untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dan aktifitas lain untuk membantu relaksasi, meliputi tindakan sebagai berikut:

-
- c. Lakukan perubahan posisi, masase punggung, dan relaksasi
 - d. Ganti linen tempat tidur, bila diperlukan
 - e. Berikan perawatan dengan tidak terburu-buru dengan sikap yang mendukung
 - a. Libatkan klien dalam pengambilan keputusan yang menyangkut aktivitas perawatan.
-

(Wilkinson, 2016)

3.4 Implementasi

Implementasi yang pada masalah nyeri akut adalah menjelaskan tentang pengertian, tanda gejala dan komplikasi hipertensi, pengobatan dan batasan diet rendah garam. Mengajarkan kepada keluarga dan klien teknik relaksasi (kompres hangat pada tengkuk dan daerah nyeri). Mengajarkan kepada klien dan keluarga tentang mobilisasi dan olahraga. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (seperti suara bising yang mengganggu, pencahayaan yang terlalu terang). Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan istirahat tidur pada klien.

Salah satu tindakan nonfarmakologis untuk menghilangkan nyeri adalah kompres hangat. Kompres hangat dapat memberikan rasa hangat pada daerah tertentu, karena panas yang diberikan mampu mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah dan suplai oksigen menjadi lancar dan meredakan ketegangan akibatnya nyeri dapat berkurang. (Asmadi, 2008).

3.5 Evaluasi

Dari intervensi diatas, diharapkan klien dapat, 1) Kepuasan Klien: menejemen nyeri: tingkat persepsi positif tentang perawatan klien untuk meredakan nyeri, 2) Tingkat Kenyamanan: tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis, 3) Pengendalian Nyeri: keparahan nyeri yang dapat diamati atau dilaporkan. (Wilkinson, 2016)



BAB 3. METODOLOGI PENULISAN

Pada bab 3 ini penulis akan membahas pendekatan yang akan digunakan dalam penulisan studi kasus tentang asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut.

3.1 Desain Penulisan

Laporan kasus dalam penulisan ini adalah studi untuk mengeksplorasi proses asuhan keperawatan pada Tn. M & Tn. S hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

3.2.1 Definisi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah asuhan yang diberikan kepada klien berupa serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan oleh seorang perawat.

3.2.2 Klien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

Klien yang mengalami peningkatan tekanan darah yang melebihi normal dengan nyeri akut sering mengeluh pusing atau nyeri pada kepala belakang sekitar tengkuk.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah Tn. M dan Tn. S yang memiliki diagnosa Hipertensi dengan sebagian atau keseluruhan yang memenuhi kriteria :

3.3.1 Klien menjalani rawat inap di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

3.3.2 Pasien yang didiagnosa hipertensi dengan penyakit penyerta atau tidak

3.3.3 Klien yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut

3.3.4 Klien yang mengalami masalah nyeri akut adalah ditandai dengan munculnya 2 (dua) atau lebih batasan karakteristik yaitu:

a. Subjektif

1) Melaporkan [nyeri] dengan isyarat (mis., menggunakan skala nyeri)

2) Melaporkan nyeri

b. Objektif

1) Respon otonom (mis., diaforesis; perubahan tekanan darah, pernapasan atau denyut jantung, atau dilatasi pupil)

2) Perilaku distraksi (mis., mondar-mandir, mencari orang dan/atau aktivitas lain, aktivitas berulang)

3) Perlaku ekspresif (mis., gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan hela napas panjang)

4) Wajah topeng

5) Sikap melindungi

6) Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun)

7) Bukti nyeri yang dapat diamati

8) Perilaku menjaga atau sikap melindungi

9) Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur, atau tidak menentu, dan menyeringai)

c. Batasan Karakteristik Lain (non-NANDA International)

1) Mengkomunikasikan deskriptor nyeri (mis., rasa tidak nyaman, mual, keringat malam hari, kram otot, gatal kulit, mati rasa, dan kesemutan pada ekstremitas)

2) Menyeringai

3) Rentan perhatian terbatas

4) Pucat

5) Menarik diri

3.3.5 Klien sadar penuh

3.3.6 Klien bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*

3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut yang dirawat di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

3.4.1 Lokasi

Laporan kasus ini akan dilaksanakan di Ruang Melati Rumah Sakit Daerah dr. Haryoto Lumajang.

3.4.2 Waktu

Pengambilan kasus dilaksanakan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang selama 3 hari pada klien pertama tanggal 13 April 2018 sampai 15 April 2018 pada klien 1 dan 12 Mei 2018 sampai 14 Mei 2018. Pada klien 1 di Ruang Melati 8 pada bed B dan klien 2 di Ruang Melati 12 pada bed A.

3.5 Pengumpulan Data

Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu:

3.5.1 Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada klien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi klien, biasanya juga disebut anamnesis. Data yang diajukan selama proses keperawatan meliputi: identitas klien, keluhan utama saat MRS seperti perasaan sering pusing, keluhan saat ini seperti perasaan nyeri pada bagian kepala belakang, nyeri terjadi ketika bangun tidur”, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit masa lalu, riwayat penyakit hipertensi pada keluarga, dan 11 pola fungsi kesehatan. Wawancara juga dilakukan terhadap keluarga untuk mengklarifikasi data yang sebelumnya didapat dari klien.

3.5.2 Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien. Observasi dilakukan dengan pengkajian isyarat nonverbal (mis., ekspresi wajah), tingkat nyeri, maupun pengukuran tanda vital.

3.5.3 Dokumentasi

Pengambilan data diambil dari pengkajian, tindakan keperawatan selama 3 hari dan dokumen perkembangan klien meliputi diagnosa medis klien, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan radiologi jika dilakukan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut dimaksudkan untuk menguji data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan :

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan trigulasi dari tiga sumber utama yaitu : klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menggunakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intepretasi wawancara mendalam yang akan dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi dan menghasilkan data untuk selanjutnya diintepretasikan dan

dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi dan pemeriksaan fisik. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penulisan

Laporan kasus apapun, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Beberapa prinsip dalam pertimbangan etika meliputi; bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*) dan mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang sama jika klien telah menolak menjadi responden (Nursalam, 2011).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang didapatkan pada pengkajian pasien adalah pasien Tn. M berjenis kelamin laki-laki berusia 55 tahun dan Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 64 tahun. Keluhan utama Tn. M dan Tn. S sama-sama mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang. Adapun pada kedua pasien pada riwayat penyakit masa lalu tidak didapatkan memiliki riwayat kencing manis (*diabetes mellitus*). Pada riwayat penyakit keluarga Tn. M dan Tn. S mempunyai riwayat penyakit keturunan hipertensi.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama pada kedua pasien yaitu nyeri akut dengan ditandai munculnya 2 (dua) atau lebih batasan karakteristik yaitu: a. Subjektif: Melaporkan [nyeri] dengan isyarat (mis., menggunakan skala nyeri), b. Objektif: respon otonom (mis., diaforesis; perubahan tekanan darah, pernapasan atau denyut jantung, atau dilatasi pupil), perilaku distraksi (mis., mondar-mandir, mencari orang dan/atau aktivitas lain, aktivitas berulang), perilaku ekspresif (mis., gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan hela napas panjang, wajah topeng, sikap melindungi, fokus menyempit (mis., gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun), bukti nyeri yang dapat diamati, perilaku menjaga atau sikap melindungi, gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur, atau tidak menentu, dan menyeringai).

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada prinsipnya tidak mengalami perbedaan antara teori dan fakta. Penulis menggunakan intervensi yang mengacu pada (Wilkinson, 2016). Secara umum penyusunan intervensi kedua klien sama, dari 12 intervensi yang dapat direncanakan pada masalah nyeri akut direncanakan sesuai dengan

teori adalah 13 intervensi keperawatan tentang nyeri akut. Ada 2 intervensi diatas penulis memodifikasi sesuai dengan kebutuhan dari pasien. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien dalam 3×24 jam lebih difokuskan agar tingkat nyeri klien dapat teratasi atau berangsur-angsur menurun. Sehingga klien dapat beraktivitas kembali, terutama aktivitas dalam kehidupan sehari-hari.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi difokuskan agar tingkat nyeri klien dapat teratasi atau berangsur-angsur menurun. Pemberian tindakan nonfarmakologi yaitu dengan pemberian kompres hangat kering dapat menurunkan tingkat nyeri klien nyeri pada klien berangsur-angsur menurun. Tindakan tersebut bertujuan untuk melunakkan jaringan fibrosa, membuat otot lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, memperlancar pasokan aliran darah, dan memberikan ketenangan pada klien sehingga memberikan kenyamanan pada perasaan klien atas menurunnya tingkat nyeri tersebut.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang digunakan mengacu pada nyeri akut. Dimana tindakan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien difokuskan agar tingkat nyeri klien dapat teratasi atau berangsur-angsur menurun. Pada kedua klien tujuan tercapai sebagian dimana nyeri akut pada Tn. M dan Tn. S belum teratasi atau hilang seluruhnya karena kedua klien masih ada gejala hipertensi seperti nyeri kepala.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang di dapat dalam pemberian Asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut. Hal ini dikarenakan pada klien sering kali mengeluh pusing atau nyeri pada kepala bagian belakang. Semoga dengan adanya asuhan keperawatan ini dapat menambah wawasan bagi penulis sekaligus dapat menjadi rujukan yang baik.

5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu aktivitas yang dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga harus mengetahui cara kompres hangat kering pada klien nyeri akut yang dapat menurunkan tingkat nyeri juga menambah kenyamanan klien.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan klien dengan masalah keperawatan nyeri akut, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Achlish; dkk. (2015). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar*. Lumajang: Akper Lumajang.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Aini, Z. M. (2011). Modul Tutor Bengkak. *Bengkak*, Hal 11 .
- Andrea, G. Y. (2013). BAB II Tinjauan Teori. *BAB II Tinjauan Pustaka 2.1 Definisi Hipertensi*, Hal 12.
- Arafat, R., Yasmara, & Nursiswati. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : diagnosis NANDA-I 2015-2017 intervensi NIC hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Aris, M. (2014). BAB II Tinjauan Pustaka. *Pengaruh Pemberian Seduhan Teh Rosella (Hibiscus Sabdariffa. L) Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas 1 Baturaden Kabupaten Banyumas*, Hal 05.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular : aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Azril Kimin, 2009 dalam Abdillah, Achlish; dkk. (2015). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar*. Lumajang: Akper Lumajang.
- Bataha, Y. B. (2014). Hubungan Tekanan Darah Sistolik dengan Kualitas Tidur Pasien Hipertensi di Puskesmas Bahu Manado. *Hubungan Tekanan Darah Sistolik dengan Kualitas Tidur Pasien Hipertensi di Puskesmas Bahu Manado*, 3.
- Bunga PA. (2013). Pengelolaan Pasien Osteoarthritis Genu, Hipertensi Grade II Dan Obesitas Grade I Dengan Pendekatan Medis Dan Perilaku. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 55.
- Dermawan, S. S. (2008). *Asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: TIM, Trans Info Media.
- Dewi, E. U. (2017). Hubungan Antara Pengetahuan dan Gaya Hidup dengan Hipertensi di Puskesmas Depok 2 CondongCatur Depok Sleman.

- Hubungan Antara Pengetahuan dan Gaya Hidup*, Journal of Health Hal 101, Vol 4, No. 2.
- Diah, I. K. (2014). *Hubungan Antara Konsumsi Lemak, Natrium, dan Kadar Kolesterol LDL dalam Darah Terhadap Hipertensi*. Dipetik february 1, 2017, dari Digital Repository UNEJ - Universitas Jember: <http://repository.unej.ac.id>
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian dan Perawatan Pasien*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Donnelly, r. b. (2015). *buku pegangan diabetes*. jakarta: :bumi medika.
- Effendi, M. R. (2008). Hubungan Tingkat Stres dengan Diabetes Mellitus (DM) Tipe II Pada Usia Pertengahan (45-59 Tahun) di Persatuan Diabetes Indonesia. *Digilib Unisayogya*, 1-11.
- Firdaus, D. M. (2017). *BAB II LANDASAN TEORI*. Suara Jantung Suara jantung: http://sir.stikom.edu/2522/4/BAB_II.pdf Dipetik Agustus 23, 2018,
- Dirrizqi, e. (2015). *asuhan keperawatan keluarga pada tn.m dengan diabetes mellitus di kp diwilayah puskesmas rogotrunan tahun 2015*. lumajang.
- Friedman, M. M. (2014). *keperawatan keluarga*. jakarta: EGC.
- H. Zaidin Ali, S. M. (2010). *pengantar keperawatan keluarga*. jakarta : EGC.
- Harrison. (2015). *prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam*. jakarta : EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan* . jakarta: salemba medika.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Ed.2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Hipertensi*. Dipetik february 17, 2017, dari Kementerian Kesehatan: www.depkes.go.id
- Infodatin. (2014). Waspada Diabetes. *Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI*, 1-6.
- Iqfadilah. (2014, 11 27). *Definisi Penyakit Ginjal, Penyebab, Gejala, Pengobatan, dan Cara Pencegahan*. Dipetik 8 12, 2017

- Judith M, W. (2015). *buku saku diagnosis keperawatan*. jakarta: EGC.
- Kamelia, L. (2015). Nyeri Kepala dan Gangguan Tidur. *Korelasi Kualitas Tidur dengan Nyeri Kepala*, Jurnal Ilmiah Kedokteran, Hal 103 .
- Karnadi, A. (2016). *Proses Terjadinya Penyakit Hipertensi*. Dipetik April 18, 2017, dari Dunia Sehat: duniasehat.net
- Kemkes RI. (2018). *Hasil RISKESDAS 2013 - Kementerian Kesehatan.*, dari Hipertensi Membunuh Diam-diam, Ketahui Tekanan Darah Anda: <http://www.depkes.go.id/article/view/18051600004/hipertensi-membunuh-diam-diam-ketahui-tekanan-darah-anda.html>. Dipetik Juli 31, 2018
- Kusumastuty, I., & dkk. (2014). Asupan Protein. *Indonesian Journal of Human Nutrition Vol 3* , 20.
- Latifin, K. d. (2014). *Panduan Dasar Klinik Keperawatan*. Malang: Gunung Samudera.
- Lisowka. (2014). BAB 1 Pendahuluan. *Latar Belakang Penyakit ginjal* , 9.
- Lotisna, M. (2016). Bahan Ajar Ensefalopati Hipertensi. Bahan Ajar Ensefalopati Hipertensi. , Hal 7-8.
- Mahfud, M. U. (2012). Hubungan Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Kejadian Ulkus Diabetik di RSUD dr. Moewardi. 1-18.
- Mariana, D. d. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Konsumsi Natrium terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Cempaka Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Indonesia* , 104.
- Marilyn M. friedman, V. R. (2014). *buku ajar keperawatan keluarga* . Jakarta: EGC.
- Meivy, D. (2017). hubungan tingkat stres dengan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus tipe II dirumah sakit pancaran kasih GMIM manado. *program studi ilmu keperawatan fakultas kedokteran universitas sam ratulangi* , 1-6.
- Methas, T. P. (2014). perbedaan pengaruh pemberian berbagai menu makanan berbahan dasar nasi terhadap kadar gula darah. *universitas islam negeri syarif hidayatullah jakarta* , 1-49.

- Muttaqin, Arif. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda. (2016). *nursing diagnosis : definitions dan classifications 2015-2017*. EGC.
- Noor, R. (2015). Diabetes Mellitus Tipe 2. 93-101.
- Nurarif, A. H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC, dalam Berbagai Kasus*. Yogyakarta: Percetakan Mediacion Publishing Jogjakarta.
- Nurjanah, S. (2012). Asuhan Keperawatan pada Ny. U dengan Hipertensi. *Asuhan Keperawatan pada Ny. U dengan Hipertensi* , 17.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Dalam keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pan American Health Organization. (2017). *Paho WHO | World Hypertension Day 2017: Know your numbers*. Dipetik Juli 21, 2018, dari World Hypertension Day 2017:
- Perkeni. (2015). *Konsensus Pengolaan dan Pencegahan DM Tipe 2 Di Indonesia*. 1-93.
- Price, A. S. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6 Volume 1*. Jakarta: Buku Kedokteran
- Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang 2014*.
http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/3508_Jatim_Kab_Lumajang_2014.pdf. Dipetik februari 12, 2017,
- Rahmawati, M. (2014). Grade II Hypertention In Elderly. *Jurnal Medula* , 01.
- Riyadi, S. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin & Endokrin pada Pankreas*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rizky, E. (2017). Hubungan Antara Stres dengan Kejadian Hipertensi pada Dewasa Awal Di Dusun Bendo Desa Srimurti Srandakan Bantul

- Yogyakarta. *Hubungan Antara Stres dengan Kejadian Hipertensi pada Dewasa Awal* , Hal 27.
- Setyawan, D., & Kusuma, M. A. (2014). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat pada Leher terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala pada Pasien Hipertensi Di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan* , 1-3.
- Susilawati, D. P. (2014). hubungan jenis kelamin dan umur penderita diabetes mellitus dengan penurunan fungsi kognitif di wilayah kerja puskesmas pringapus kecamatan pringapus. 1-10.
- Tohari, D. A. (2016). Gambaran Keteraturan Mengontrol Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Kedurus Surabaya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Vol. 9 No. 1* , 49.
- Udjianti, W. J. (2010). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- widyasari, n. (2017). hubungan karakteristik responden dengan resiko diabetes melitus dan dislipidemia kelurahan tanah kalikedinding. 130-141.
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA-I, Intervensi Nic, Hasil Noc*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- yasmara, D. (2017). *rencana asuhan keperawatan medica-bedah*. Jakarta: EGC.
- Yudiyanta, Novita Khoirunnisa, Ratih Wahyu Novitasari. (2015). *Assessment Nyeri* , 2.

Lampiran1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2017												TAHUN 2018							
	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL-DES				JANUARI-JUNI		JULI	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					1	2	3	4
Informasi laporan kasus																				
Konfirmasi laporan kasus																				
Konfirmasi Judul																				
Penyusunan Laporan Studi Kasus																				
Sidang Studi Kasus																				
Revisi																				

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. M
 Umur : 55 Thn
 Jeniskelamin : Laki - Laki
 Alamat : Pajene Sari Lumajang
 Pekerjaan : Melayan

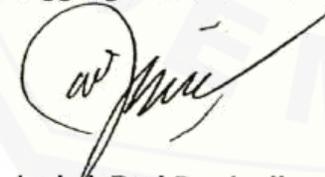
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, April.... 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(Tn. M.....)

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. S
 Umur : 64 th
 Jeniskelamin : Laki Laki
 Alamat : Padang - Lumajang
 Pekerjaan : Petani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan pada Tn. M & Tn. S Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

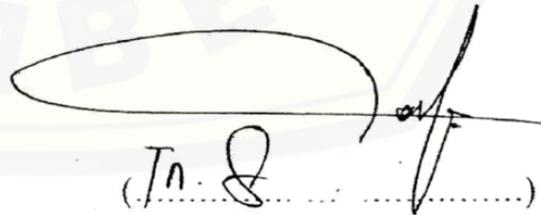
Lumajang, Mei..... 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Anthok Dwi Pambudi
NIM 152303101056

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(Tn. S)

Lampiran 3

PROSEDUR TINDAKAN PEMBERIAN KOMPRES HANGAT KERING**1. DEFINISI:**

Melakukan tindakan kompres panas kering

2. TUJUAN:

Menurunkan nyeri, memberikan rasa nyaman, melancarkan aliran darah.

3. KEGIATAN**3.1 PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

- 3.1.1 Kaji keadaan umum klien
- 3.1.2 Kaji usia
- 3.1.3 Kaji indikasi, kontraindikasi
- 3.1.4 Cek TTV
- 3.1.5 Kaji area kulit yang akan dikompres

3.2 INTERVENSI KEPERAWATAN

- 3.2.1 Hasil yang diharapkan selama prosedur
 - a. kantong buli-buli berfungsi dengan baik
 - b. lokasi pemberian kompres yang sesuai lokasi dan kebutuhan
 - c. klien merasa nyaman
 - d. klien tidak menolak prosedur tindakan keperawatan
 - e. klien dapat menjelaskan tujuan prosedur tindakan
- 3.2.2 Cek keakuratan serta kelengkapan data pengkajian sebelum tindakan keperawatan pada buku catatan perawatan, catatan medis, dan kenyamanan klien.

3.2.3 Persiapan alat

Peralatan yang disiapkan:

- a. Baki dan alasnya
- b. Buli-buli panas dan kantung buli-buli
- c. Termometer air
- d. Catatan kecil, alat tulis
- e. Corong air
- f. Air panas: 34-37°C untuk kompres hangat
- g. Handuk atau sarung bantal

3.3 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Buli-buli panas:

3.3.1 Ukur suhu air menggunakan thermometer air. Sesuaikan suhu dengan jenis kompres yang akan dilakukan

3.3.2 Buka penutup buli-buli, pasang corong, isi buli-buli dengan air panas 1/3 – 2/3 bagian.

3.3.3 Keluarkan udara dari dalam buli-buli dengan cara buli-buli diletakkan ditempat yang rata, bagian atas ditekuk sampai air kelihatan dan ditutup.

3.3.4 Bungkus dengan kantung buli-buli

3.3.5 Tutup pintu kamar klien/sketsel

3.3.6 Perawat mencuci tangan

3.3.7 Dekatkan semua peralatan ke dekat klien dalam kondisi siap digunakan

3.3.8 Buka pakaian klien pada area yang akan dikompres. Letakkan buli-buli di atasnya

Perhatian: jangan pernah memposisikan klien sedemikian rupa sehingga klien berbaring secara langsung di atas buli-buli. Posisi ini mencegah pengeluaran panas dan meningkat resiko terbakar.

3.3.9 kaji secara teratur (setiap 5 menit) kondisi kulit klien untuk mengetahui kelainan yang timbul akibat pemberian kompres panas, seperti kemerahan, rasa terbakar, ketidaknyamanan, kebocoran, dsb.

3.3.10 Setelah 20-30 menit (atau sesuai advis), angkat buli-buli, perlak diatasnya

3.3.11 Keringkan keringat dengan handuk kecil jika ada

3.3.12 Rapikan pakaian klien, kembalikan posisi klien ke posisi awal (sesuai kenyamanan klien)

3.3.13 Buka sketsel, pintu, jendela (jika ada) ucapkan terima kasih

3.3.14 Bereskan semua peralatan

3.3.15 Perawat mencuci tangan

3.3.16 Dokumentasikan

3.3.17 Hal-hal yang perlu diperhatikan:

- a. Buli-buli panas tidak boleh diberikan pada klien perdarahan
- b. Tutup buli-buli mengarah ke atas atau ke samping
- c. Buli-buli harus diperiksa dulu ada atau tidak cincin karet pada penutupnya

3.4 EVALUASI KEPERAWATAN

3.4.1 Inspeksi kondisi kulit yang terpapar panas

3.4.2 Pada klien inflamasi, tanyakan apakah nyeri berlanjut

3.4.3 Catat jikak klien dapat menggerakkan otot yang tegang dengan sedikit nyeri

3.4.4 Efek yang tidak diharapkan: kulit memerah dan sensitif terhadap terhadap sentuhan, edema dan inflamasi bertambah, bagian tubuh nyeri saat digerakkan, klien melakukan kompres panas secara tidak tepat.

(Abdillah, Achlish; dkk, 2015)



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/599/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor: 260/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 15 Maret 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ANTHOK DWI PAMBUDI .

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ANTHOK DWI PAMBUDI
2. Alamat : Desa Kaliuling Kec. Tempursari Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 1523031010 56
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 3 April 2018 s/d 30 Juni 2018
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 02 April 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt .Bupati Lumajang (*sebagai laporan*).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi D3 Keperawatan Univ. Jember Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,



Lumajang, 15 Maret 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data penelitian.

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -

LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang :

Nama : Anthok Dwi Pambudi

NIM : 152303101056

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah
Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator
Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Alamat : Jl. Basuki Rahmat No. 5 Lumajang, Kabupaten Lumajang

Waktu penelitian : Maret – Mei 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Laili Nur Azizah ,S.Kep.,Ners.,M.Kep.

NIP. 19751004 200801 2 016

Hormat kami,
Pemohon,



Anthok Dwi Pambudi

NPM. 152303101056



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 259 /UN25.1.14.2/LT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 13 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Anthok Dwi Pambudi
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101056
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 03 September 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI
A l a m a t : Desa Kaliuling Krajan RT/RW 004/003 Kec. Tempursari Kab.
Lumajang

dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. LAILI NUR AZIZAH, S. Kep., Ners., M Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 15 Maret 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNNEJ Kampus Lumajang



NURUL HAYATI, S. Kep. Ners. MM

NIP. 19650629198703 2 008

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : ANTHOK DWI RAMBUDI
NIM : 152203101056
PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN UNES
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH GANGGUAN RASA NYAMAN NYERI PADA KASUS HIPERTENSI DI RSUD. DR. HAR-YOTO LUMAJANG TAHUN 2018
TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	6/2 2018	3	- ACC. - konfirmasi dosen pemicu utk dosen penguji		
2.	7/2 2018		→ Hubungi dosen penguji utk klarifikasi tgl sidang		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	8/2 2018		<ul style="list-style-type: none"> → Penguji P. Zainal. → Sidang Cari waktu stlh tgl 13-2-2018. 		
4.	9/2 2018		<ul style="list-style-type: none"> → Sidh konfirmasi ke penguji kah? 		
5.	12-2-18	proposal pra sidang	<ul style="list-style-type: none"> - Siap sidang Selasa 13-2-2018 PKH 11-30. - Siapkan PPT & bali. - Revisi cara penulisan daftar pustaka. 		
6.	14/2 2018	proposal pakea sidang			
7.	15/2 2018	Daftar pustaka	- Revisi sumber pustaka.		
8.	20/2 2018	Daftar pustaka	Cek lg sumber web my.		
9.	21/2 2018	proposal	Acc Revisi proposal.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10.	7/18	Bab 4	Revisi US & Dlu tabel.		
11.	6/7 '18	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> - Systematic penulisan : (Kuti-keputusan penulisan karya ilmiah) - Revisi penulisan judul tabel - Revisi: Mula perspsi, nutrisi - Analisa data: Evaluasi sesuai fan. Bace lagi buku = HTS diquassa kay jaria HT 		
12.	6/7 '18	Bab 5.	<p>Impulan & saran :</p> <p>→ lebih operasional, Jbn betale</p>		
13.	9/7 '18	Bab 4.	<ul style="list-style-type: none"> o tabel → Revisi judul tabel. o Penfis wayas & wata. o terapi obat → cel lagi dosis serta jam etc o Tabel dralisa data : Fakta (Cudule ? o tabel karakteristik : apdul o kl pasien mds menyng o wmpal tabel? o Imp leantini tdk sesuai dgn intervensi. Pesitir pade opini nye. 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
14.	16/7	Bab 5	<ul style="list-style-type: none"> kesimpulan - (b) operasi mangacu pd bab 4, bukan bab 2 (keri) seruan : (bein) 		
15.	11/7	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> Penulisan logis strot judul tabel. lata & acc. 		
16.	12/7	Bab 5	Acc		
17.	15/7	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> penulisan judul tabel Copy & revisi pd semua tabel. 		
18.	17/7	Bab 4	<ul style="list-style-type: none"> Acc. Print loghar 		
19.	18/7	1	<ul style="list-style-type: none"> Perubahan & pengantar Revisi tabel 2 		
20	19/7	2.	<ul style="list-style-type: none"> Harvey nggo & tabel. 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
21.	19/7	Pab 3	<ul style="list-style-type: none"> - balok putih - vial & tutup - obrolan 		
22.	20/7	Pab 1+2	<p>ACE Penulisan</p> <ul style="list-style-type: none"> - penjelasan & curin 		
23	21/7	Pab 3	<ul style="list-style-type: none"> - nama batasan gelas yg telah & revisi 7 - wawancara = full point & sig 		
24.	23/7	Pab (-3	<p>ACE</p> <p>Siapkan sidng. keriflin</p> <p>nama pengliji.</p> <p>Herb. P. Budiono.</p>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
25.	1/8	Revisi karya Tulis Ilmiah	Revisi KTI pada bab ke-5 dan bab ke-6		
26.	3/8-18	.	Revisi KTI pada bab ke-5 dan ke-6		
27.	3/8	Revisi KTI	BAB I Tambahkan solusi BAB II Tambahkan teori		
28.	06/08	Revisi KTI	BAB I Tambah ke-5 solusi BAB II Partisipan, batasan banteng		
29.	08/08	Revisi KTI	BAB I Tambah teori solusi BAB II intervensi wawancara BAB III konsep nyeri		
30.	09/08	Revisi KTI	BAB I solusi BAB II batasan karakteristik		
31.	10/08	Revisi KTI	BAB I Solusi BAB II tambah konsep askep. (penyulung)		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
32.	15/08/2018	Konsep Revisi Pasca Sibang KTI	BAB II tambah team Doenges (konsep asup). BAB IV Babus 1 per 1 (can't korring)		
33.	21/08/2018	Konsep Revisi Pasca Sibang FTI	BAB IV Tambahkan pembahasan tentang TFD		
34.	28/08/2018	Konsep Revisi Pasca Sibang KTI	BAB IV Tambahkan Alasarti pada pembalasan		
35.	29/08/2018	Konsep Revisi Pasca Sibang KTI	BAB V <i>Alasarti - jisa</i> <i>Revisi - jisa</i>		
36.	30/08/2018	Konsep Revisi Pasca Sibang FTI	ACC KTI		