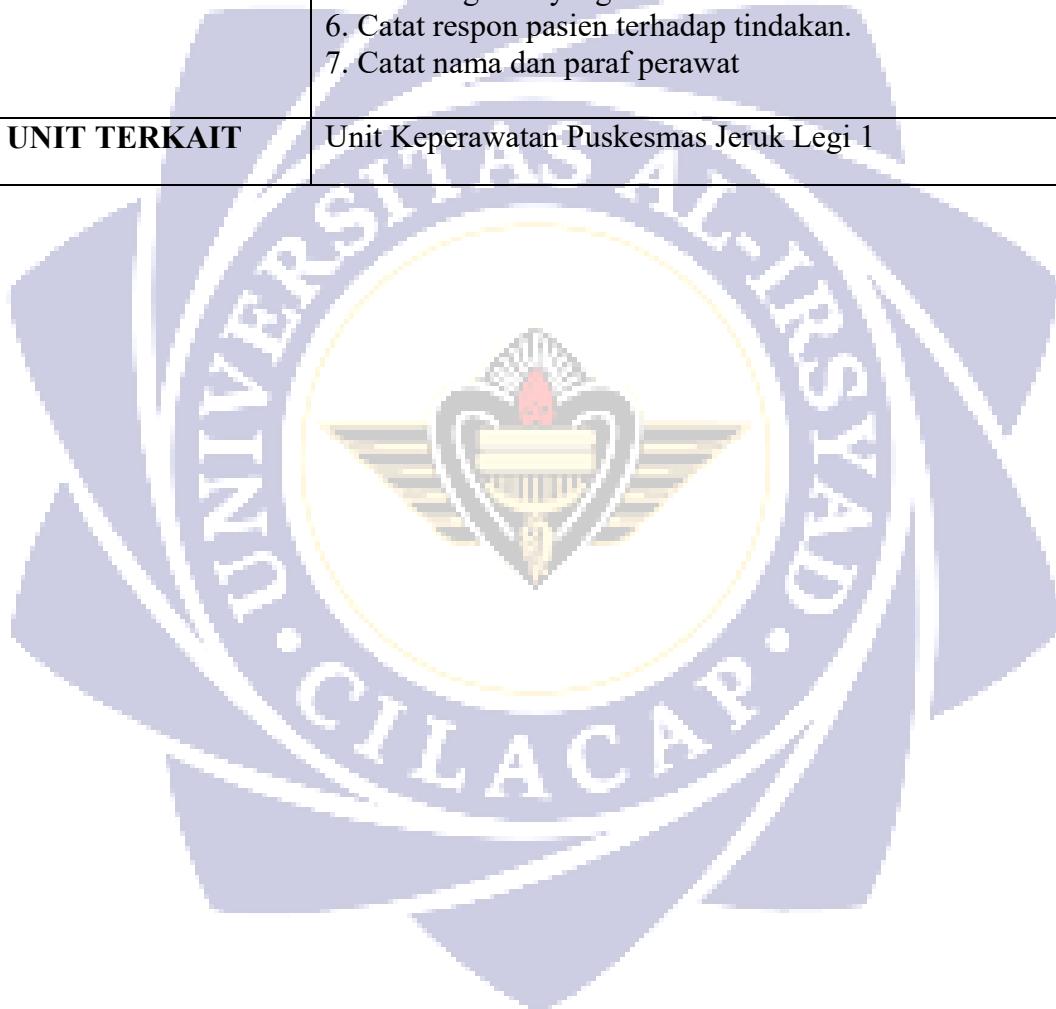


## SOP TERAPI MUROTTAL AL QUR'AN

<b>TERAPI MUROTTAL AL QUR'AN</b>		
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>		
	<b>TANGGAL</b>	
<b>PENGERTIAN</b>	Bacaan surah Al Qur'an yang dibaca oleh qori', direkam, dan digunakan sebagai terapi religi	
<b>TUJUAN</b>	Tujuan terapi murottal adalah untuk menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak	
<b>INDIKASI</b>	Pasien hipertensi dengan nyeri kepala di Puskesmas Jeruk Legi 1	
<b>KONTRAINDIKASI</b>	1. Pasien yang tidak beragama Islam. 2. Pasien yang mengalami gangguan pendengaran	
<b>KEBIJAKAN</b>	Dilakukan di Puskesmas Jeruk Legi 1	
<b>PETUGAS</b>	Mahasiswa Profesi Ners Universitas Al Irsyad	
<b>PERLENGKAPAN</b>	1. <i>Earphone/headphone</i> 2. Alat pemutar musik MP3	
<b>PROSEDUR</b>	<p><b>Tahap Awal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci Tangan</li> <li>2. Menyiapkan alat</li> <li>3. Mengucapkan salam terapeutik.</li> <li>4. Menanyakan perasaan pasien saat ini.</li> <li>5. Menjelaskan tujuan kegiatan.</li> </ul> <p><b>Tahap Kerja.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan.</li> <li>2. Pertahankan privasi selama tindakan dilakukan.</li> <li>3. Bawa peralatan ke dekat pasien.</li> <li>4. Pasien berbaring di atas tempat tidur.</li> <li>5. Gunakan <i>headphone/ earphone</i> agar tidak</li> </ul>	

	<p>mengganggu pasien lain dan membantu pasien berkonsentrasi pada murottal</p> <p>6. Anjurkan pasien untuk menutup mata dan menikmati murottal.</p> <p>7. Murottal diperdengarkan selama 10 menit.</p> <p><b>Tahap Akhir.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon pasien.</li> <li>2. Berikan <i>reinforcement</i> positif.</li> <li>3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.</li> <li>4. Perawat cuci tangan.</li> <li>5. Catat kegiatan yang telah dilakukan.</li> <li>6. Catat respon pasien terhadap tindakan.</li> <li>7. Catat nama dan paraf perawat</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	Unit Keperawatan Puskesmas Jeruk Legi 1



## SOP RELAKSASI NAFAS DALAM

<b>TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM</b>	
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	
	<b>TANGGAL</b>
<b>PENGERTIAN</b>	Teknik relaksasi napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, rasa jemuhan, dan kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri pada tubuh
<b>TUJUAN</b>	Tujuan utama dari pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk merelaksasikan ketegangan otot tubuh dengan cara mengatur pola napas sehingga dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri
<b>INDIKASI</b>	Pasien hipertensi dengan nyeri kepala di Puskesmas Jeruk Legi 1
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan gangguan sistem pernafasan</li> <li>2. Pasien yang tidak mengalami nyeri</li> </ol>
<b>KEBIJAKAN</b>	Dilakukan di Puskesmas Jeruk Legi 1
<b>PETUGAS</b>	Mahasiswa Profesi Ners Universitas Al Irsyad
<b>PROSEDUR</b>	<p><b>Tahap Awal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci Tangan</li> <li>2. Menyiapkan alat</li> <li>3. Mengucapkan salam terapeutik.</li> <li>4. Menanyakan perasaan pasien saat ini.</li> <li>5. Menjelaskan tujuan kegiatan.</li> </ol> <p><b>Tahap Kerja.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan.</li> <li>2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik.</li> <li>3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas sedalam-dalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara.</li> <li>4. Instruksikan klien untuk menahan napas selama 2- 3 detik.</li> <li>5. Instruksikan klien untuk mengembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian pada</li> </ol>

	<p>sensasi rileks yang dirasakan.</p> <p>6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh.</p> <p>7. Latih dan informasikan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas sebanyak 5 – 10 kali atau sampai rasa nyeri berkurang atau hilang.</p> <p>8. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi.</p> <p><b>Tahap Akhir.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi respon pasien.</li> <li>2. Berikan <i>reinforcement</i> positif.</li> <li>3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.</li> <li>4. Perawat cuci tangan.</li> <li>5. Catat kegiatan yang telah dilakukan.</li> <li>6. Catat respon pasien terhadap tindakan.</li> <li>7. Catat nama dan paraf perawat</li> </ol>
<b>UNIT TERKAIT</b>	Unit Keperawatan Puskesmas Jeruk Legi 1



# **LOG BOOK**

## **BIMBINGAN KIAN**

NAMA : KHUSNUL KHOTIMAH, S.Kep  
NIM : 41121232062

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP  
TAHUN AKADEMIK 2023-2024**

“ Orang yang beriman hati mereka tentram dengan mengingat Allah.  
Ingatlah hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram ”.  
**(QS. Ar-Ra’d : 28)**

“...Ya Tuhanku, tambahkanlah kepadaku ilmu pengetahuan.”  
**(QS. Thaahaa : 114)**

“ Barangsiapa menempuh jalan untuk menuntut ilmu, maka Allah  
Akan memudahkan baginya jalan menuju surga ”  
**(HR. Muslim)**

“ Allah akan menolong seorang hamba, selama hamba itu  
senantiasa menolong saudaranya ”  
**(HR. Muslim)**

“Wahai Allah Tuhan manusia, hilangkanlah rasa sakit ini, sembuhkanlah, Engkaulah  
Yang Maha Penyembuh, tidak ada kesembuhan yang sejati kecuali  
kesembuhan yang datang dari-Mu. Yaitu kesembuhan yang tidak meninggalkan  
komplikasi rasa sakit dan penyakit lain”.

**(HR Bukhari dan Muslim)**

## REKAPITULASI KONSULTASI KIAN

NO	TANGGAL	POKOK BAHASAN	PARAF
1.	10 Oktober 2024	Konsul Judul dan jurnal	1. <i>fw</i>
2.	15 Oktober 2024	BAB I Pendahuluan, ACC Judul, lanjut BAB 2,3	2. <i>fw</i>
3.	21 Oktober 2024	Revisi BAB I pendahuluan	3. <i>ff</i>
4.	02 November 2024	Konsul BAB 1,2,3 , dan Revisi BAB 3,4,5.	4. <i>ff</i>
5.	01 Januari 2025	Konsul Revisi BAB 3,4,5. Perbaikan sistematika Penulisan , Abstrak .	5. <i>ff</i>
6.	05 Januari 2025	Konsul BAB 5 Revisi, Konsul Daftar pustaka	6. <i>ff</i>
7.	08 Januari 2025	Konsul lengkap dari Cover Sampai lampiran terakhir ACC Kian, lanjut Daftar Ujian.	7. <i>ff</i>

Ketua Program Studi  
Profesi Ners

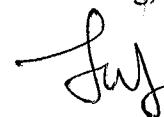
( Trimellia Suprihatiningsih, S.Kp., M.Kes )

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Khusnul Khotimah, S.Kep  
 NIM : 41121232062  
 Judul KIAN : Penerapan Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam dengan Irama Murottal Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Ny. I di Puskesmas Jeruklegi II Cilacap

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	10 Oktober 2024	Konsul judul kian dan jurnal tentang implementasi terapi murottal dan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien hipertensi	
2.	15 Oktober 2024	Konsul Bab 1, pendahuluan. Bab 2. Tinjauan Teori, dilanjut Bab 3 Metode penelitian.	
3.	21 Oktober 2024	Konsul Revisi Bab 1 Teori masuk di Bab 2.	
4.	6 November 2024	Revisi bab 1, 2, 3 Spasi masih terlalu dekat Lihat panduan kian yang sudah di share oleh pembimbing .	

Pembimbing,



( Kasron, M.Kep., Ns )

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa  
NIM  
Judul KIAN

: Khusnul Khotimah, S.Kep  
: 41121232062  
: Penerapan Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam dengan Irama Muottal Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Ny. I di Puskesmas Jeruklegi II Cilacap

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
5.	01 Januari 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kongsi Pembahasan Bab 3 tentang Metode penyelesaian kasus</li> <li>- Sistematiska penulisan sesuaikan Pedoman KIAN.</li> </ul>	
6.	05 Januari 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi Bab 5 Pembahasan .</li> <li>- Kongsi Bab lengkap 1-5</li> <li>- Kongsi Abstrak</li> <li>- Daftar Pustaka .</li> </ul>	
7.	08 Januari 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi konsul lengkap Bab 1-5 Berserta lampiran Cover</li> <li>- ACC KIAN</li> <li>- lanjutkan Daftar Ujian</li> </ul>	

Pembimbing,



( Kasron, M.Kep., Ns )

## FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Khusnul Wofimah  
Tempat Praktik : UPTD Puskesmas Jenilikis I  
Tanggal : 18 Juli 2024

### I. Identitas

#### A. Identitas Klien :

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Nama.... Ny. I.      | .....  |
| 2. Tempat/tanggal lahir | : Glacap, 17 Agustus 1956 /68 tahun            |
| 3. Golongan darah       | : A/O/B/AB                                     |
| 4. Pendidikan terakhir  | : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3          |
| 5. Agama                | : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu |
| 6. Suku                 | : Jawa   |
| 7. Status perkawinan    | : Kawin belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)  |
| 8. Pekerjaan            | : Petani / IRT                                 |
| 9. Alamat               | : Cilacap                                      |
| 10. Diagnosa medik      | : Hipertensi                                   |

#### B. Identitas Penanggung Jawab :

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 1. Nama                  | : Tn. A        |
| 2. Umur                  | : 68 tahun     |
| 3. Jenis kelamin         | : Laki-Laki    |
| 4. Agama                 | : Islam        |
| 5. Suku                  | : Jawa         |
| 6. Hubungan dengan klien | : Suami pasien |
| 7. Pendidikan terakhir   | : SMA          |
| 8. Alamat                | : Cilacap      |

### II. Status Kesehatan

#### A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :  
Pasien datang dengan keluhan lemas, mual, pusing berputar, pusing meningkat ketika membuka mata dan bangun dari tidurnya.
2. Faktor pencetus :  
Hipertensi yang tidak terkontrol dan faktor kelelahan, beraktivitas.
3. Lamanya keluhan ... Pasien mengatakan sudah 1 hari
4. Timbulnya keluhan : ( ) bertahap (✓) mendadak
5. Faktor yang memperberat :  
Banyak pikiran saat beraktivitas

#### B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :  
Pasien mengatakan mempunyai tensi tinggi, tetapi tidak rutin minum obat tensi, dan pasien juga mengatakan jarang cek kesehatan untuk mengecek tensi.

2. Kecelakaan : Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan.

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : DBD
2. Waktu : Sekitar 3 tahun yang lalu
3. Riwayat operasi : Tidak ada

**III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri : Pasien mengatakan Sudah mengetahui ada riwayat hipertensi, tetapi tidak mengkonsumsi obat rutin.
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya : Pasien mengatakan jika sakit hanya membeli obat warung.
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
  - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?  
Pasien mengatakan tidak ada diet khusus selama sakit.
  - b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi  
Pasien mengatakan periksak berobat ketika kelelahan, sakitnya parah.
  - c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
    - a. Yang dilakukan bila sakit  
Pasien mengatakan berobat ke faskes terdekat / beli obat warung.
    - b. Kemana pasien biasa berobat bila sakit  
Pasien mengatakan berobat ke faskes terdekat.
    - c. Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)  
Merokok : ..... pak/hari, lama : ..... tahun  
Alkohol : ..... , lama ..... Tahun  
Kebiasaan olah raga, jenis : ..... , frekuensi : .....

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
1.	Paramex	1 tab 3x1	Jika pusing

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- 1) Penghasilan : Sekitar ± 2 Juta
  - 2) Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS
  - 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal : Baik dan sehat

## 2. Nutrisi, cairan dan metabolism

### a. Gejala (subjektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Rendah garam jumlah makan/hari : 3 kali/hari
- 2). Pola diet : Nasi lembek sayur makan terakhir : pagi
- 3). Nafsu/selera makan : Menurun Mual : Ya Tidak, waktu : Pagi
- 4). Muntah : (✓) tidak ada ( ) ada, jumlah : Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada ( ) ada, Karakter/penyebab :
- 6). Alergi makanan : (✓) tidak ada ( ) ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum ± 800 cc/hari  
Cairan yang biasa diminum Air putih dan pasien terpasang Infus
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan

### b. Tanda (objektif)

- 1). Suhu tubuh : 36,8 °C  
Diaphoresis : (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan
- 2). Berat badan : 63 kg Tinggi badan : 165 cm  
Turgor kulit : baik Tonus otot : nilai baik
- 3). Edema : (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut : lembab Lingkar abdornen : 70 cm
- 6). Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada ( ) ada, Jelaskan
- 7). Hernia/masa : (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik
- 8). Bau mulut/halitosis : (✓) tidak ada ( ) ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tampak ada karies

## 3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

### a. Gejala subjektif:

- 1). Dispneu : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak : tidak ada gangguan
- 3). Pemajaman terhadap udara berbahaya : tidak ada Pemajaman udara
- 4). Penggunaan alat bantu : (✓) tidak ada ( ) ada,

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi...  $20^{\text{x}}/\text{m}$ ... Kedalaman... normal /  $\pm 5\text{ cm}$ .....  
Simetris .. gerakan dada simetris
- 2). Penggunaan alat bantu nafas ... Pasien tidak terpasang alat bantu  
Nafas cuping hidung ... Tidak ada nafas cuping hidung pada Pasien
- 3). Batuk : ...tidak ada..... Sputum (karakteristik) ...Tidak ada.....
- 4). Fremitus : Ada vokal fremitus Bumyi nafas .. Vesikuler
- 5). Egofoni : Tidak ada..... Sianosis : Tidak ada.....

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan ... pasien mengatakan pengertian ke sawah sebelum sakit.
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
  - a). Pergerakan tubuh ... pasien mengatakan gerakan tubuh terbatas.
  - b). Kemampuan merubah posisi : ( mandiri       ) perlu bantuan,  
Jelaskan .....
  - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)  
( mandiri       ) perlu bantuan, jelaskan .....
- 3). Toileting (BAB/BAK) : ( mandiri       ) perlu bantuan, jelaskan .....
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : ( tidak ada       ) ada,  
Jelaskan .....
- 5). Mudah merasa kelelahan : ( tidak ada       ada), jelaskan ..  
Pasien mengatakan merasa lelah setelah aktivitas dari sawah
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : ( baik       kurang), jelaskan .....

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramatii Aktivitas pasien terpantau di tempat tidur
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi)... Baik .....
- 3). Penampilan umum :
  - a). Tampak lemah : ( tidak       ya, jelaskan Pasien tampak berbaring
  - b). Kerapian berpakaian ...Tampak bersih dan rapih .....
- 4). Pengkajian neuromuskuler :  
Masa/tonus : ...tidak ada masalah ..  
Kekuatan otot : ...lemah ..  
Rentang gerak : ...tidak ada masalah ..  
Deformitas : ...tidak ada ..
- 5). Bau badan : ...tidak ada ..... Bau mulut : ...tidak ada ..  
Kondisi kulit kepala : ...Bersih, namun sedikit berminyak ..  
Kebersihan kuku : ...Bersih, Tidak Panjang ..

5. Istirahat

a. Gejala subyektif :

- 1). Kebiasaan tidur ... pasien mengatakan tidur tidak ada masalah  
Lama tidur ... pasien mengatakan tidur 5 jam saat malam dan 1 jam
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur saat siang.  
Tidak ada gangguan tidur.

- a). Insomnia : () tidak ada      ( ) ada  
 b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada      ( ) ada,  
     Jelaskan .....  
 c). Lain-lain, sebutkan .....  
 b. Tanda obyektif:  
 1) Punggak mengantuk/mata sayu : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan .....  
 Mata merah :      () tidak ada      ( ) ada  
 Sering menguap :      () tidak ada      ( ) ada  
 Kurang konsentrasi :      () tidak ada      ( ) ada

## 6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif:
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : ( ) tidak ada      () ada,  
     Jelaskan ..... Riwayat... hipertensi... gang... tidak... terkontrol.....
  - 2). Riwayat edema kaki : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan .....
  - 3). Flebitis ..... Tidak ada ..... ( ) Penyembuhan lambat , -
  - 4). Rasa kesemutan ..... Tidak ada .....
  - 5). Palpitasi ..... Tidak ada .....
- b. Tanda obyektif:
- 1). Tekanan darah..... 160/100..... mmHg
  - 2). Mean Arterial Pressure (MAP) : ..... 133, 2
  - 3). Nadi : 110x/m
    - a). Karotis : ..... 110 x/m. Teraba
    - b). Femoralis : ..... Teraba .....
    - c). Popliteal : ..... Teraba .....
    - d). Jugularis : ..... Teraba .....
    - e). Radialis : ..... Teraba .....
    - f). Dorsal pedis : ..... Teraba .....
    - g). Bunyi jantung : ..... TerDip. Frekuensi : ..... 80 bpm.....  
     Irama : ..... Takikardi..... Kualitas : ..... teratur.....
    - h). Murmur : ..... Tidak ada .....
    - i). Pengisian kapiler : ..... 2 detik .....
    - Varises : ..... Tidak ada .....
    - j). Warna membrane mukosa : Merah, hitam..... Bibir : lembab.....  
     Konjungtiva : ..... Tidak anemis .....
    - Punggung kuku : ..... Putih, keremahan .....

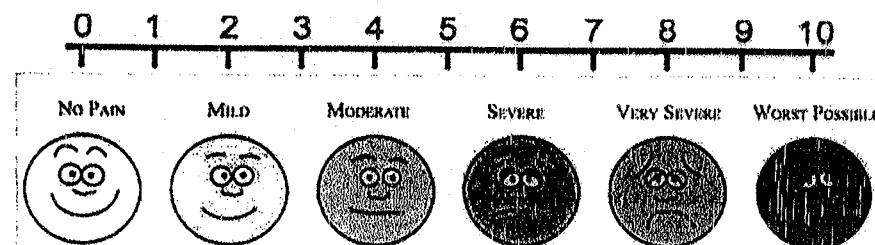
## 7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif:
- 1). Pola BAB : frekuensi : ..... 1x hari ..... konsistensi : ..... lembek .....
  - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : ..... Tidak ada .. Penggunaan alat tertentu .....
  - 3). Kesulitan BAB : konstipasi : ..... Tidak ada ..  
     Diare : ..... Tidak ada .....

- 4). Penggunaan laksatif : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan ....  
 .....  
 5). Waktu BAB terakhir : Pagi hari  
 6). Riwayat perdarahan : Tidak ada  
 Hemorrhoid : Tidak ada  
 7). Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada  
 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Tidak ada  
 9). Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada  
 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada  
 11). Kesulitan BAK : Tidak ada  
 b. Tanda obyektif:  
 1). Abdomen:  
   a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan ... Tidak buncit,  
       tampak simetris, Tidak ada lesi.  
   b). Auskultasi : bising usus ... 10<sup>1</sup>/m.... Bunyi abnormal : () tidak ada  
       ( ) ada, jelaskan .....  
   c). Perkusi  
       Bunyi timpani ( ) tidak ada      () ada  
       Kembung                            () tidak ada      ( ) ada  
       Bunyi abnormal                    () tidak ada      ( ) ada  
       Jelaskan.....  
   d). Palpasi :  
       Nyeri tekan                      : Tidak ada.....  
       Nyeri lepas                      : Tidak ada.....  
       Konsistensi                      : lunak/keras : lunak.....  
       Massa : () tidak ada ( ) ada, jelaskan.....  
       Pola BAB                         : konsistensi ... lembek ..... warna ... kuning goldlat.  
       Abnormal : () tidak ada ( ) ada, jelaskan.....  
       .....  
       Pola BAK                         : dorongan Ada ..... Frekuensi ... 8-9 ... /m ..  
       Retensi ... Tidak ada .....  
       Distensi kandung kemih : - () tidak ada ( ) ada, jelaskan .....  
       .....  
   e). Karakteristik urin : Warna kuning .....  
       Jumlah ... 250 cc dalam ... 4 jam    Bau ... Khas .....  
   f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan ... Tidak terpasang .....  
       .....

## 8. Neurosensori dan kognitif

### a. Gejala subjektif:



#### 1). Adanya nyeri

- P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....  
.....Paliatif...Istirahat...Provokatif...Aktivitas.....
- Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan). Pasien mengatakan...Pusing berputar, lama 3 menit,
- R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya).....  
.....Pasien mengatakan...nyeri di bagian kepala.....
- S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10) ...5.....
- T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya).....  
.....pasien mengatakan...lama nyeri 3 menit setara terus menerus.
- 2). Rasa ingin pingsan/pusing : ( ) tidak ada  ada, jelaskan .....  
.....Pasien mengatakan...Pusing berputar.....
- 3). Sakit kepala : lokasi nyeri...Aba.....  
Frekuensi : Hilang Ambul.....
- 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi...Kaki.....
- 5). Kejang : () tidak ada ( ) ada  
Jelaskan .....  
Cara mengatasi : .....
- 6). Mata : penurunan penglihatan  tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....
- 7). Pendengaran : penurunan pendengaran  tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan .....
- 8). Epistaksis :  tidak ada ( ) ada  
Jelaskan .....

### b. Tanda obyektif:

- 1). Status mental :  
Kesadaran : () komosmentis ( ) apatis ( ) somnolen ( ) sopor ( ) koma
- 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) ....4.....  
Respon motorik (M) .....5..... respon verbal (V)....6.....
- 3). Terorientasi/disorientasi : waktu.....baik.....(terorientasi)  
Tempat.....baik.....(terorientasi).....Orang.....baik.....(terorientasi)
- 4). Persepsi sensori : ilusi .....Tidak ada..... halusinasi.....Tidak ada.....  
Delusi.....Tidak ada.....Afek.....Tidak ada..... Jelaskan.....
- 5). Memori :  
Saat ini.....Baik.....

Masa lalu ..... baik

- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki ... ISOKOR... respon ... baik.....  
Ukuran pupil ... 2 mm .....
- 8). Fascial drop ... tidak ada ..... Postur ... baik.....  
Reflek ... tidak ada (baik) .....
- 9). Penampilan umum tampak kesakitan : ( ) tidak ada .....  
Respon emosional .. bersikap... protektif.. penyempitan fokus ... ada .....  
Memegangi kepala saat pusing

#### 9. Keamanan

##### a. Gejala subyektif :

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :  
Obat-obatan : ... tidak ada .....  
Makanan : ... tidak ada .....
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 3). Riwayat transfusi darah ... tidak ada .....
- 4). Riwayat adanya reaksi transfusi ... tidak ada .....
- 5). Riwayat cedera : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan .....

##### b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh ... 36,8 °C Diaforesis ... tidak ada .....
- 2). Integritas jaringan ... baik .....
- 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 4). Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 5). Adanya luka : luas ... tidak ada ..... kedalaman .....,  
Drainase purulen ... tidak ada .....,  
Peningkatan nyeri pada luka ... tidak ada .....
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain ... tidak ada .....
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasif : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 8). Gangguan keseimbangan : ( ) tidak ada ..... (✓) ada, jelaskan .....,  
... pasien mengatakan ... Pusing .....
- 9). Kekuatan umum.... lemah..... tonus otot ... lemah .....,  
Parese/paralisa .....

#### 10. Seksual dan reproduksi

##### a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual... pasien mengatakan dirinya perempuan ..
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)  
... pasien mengatakan ... Sudah berumur dua ... Sudah tidak .....,  
memikirkan hubungan seksual .....

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis .....Tidak ada kelainan  
Gangguan prostat .....Tidak ada
- 5). Pengkajian pada perempuan
- a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)  
.....Tidak ada gangguan.. pasien mengatakan sudah menopause
  - b). Riwayat kehamilan  
.....Baik.. Tidak ada Masalah kesehatan selama kehamilan.
  - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)  
.....Tidak terkaji.....
- b. Tanda obyektif :
- 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis  
.....Tidak terkaji.....
  - 2). Kutil genital, lesi  
.....Tidak terkaji.....

#### 11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- a. Gejala subyektif :
- 1). Faktor stress .....Pasien mengatakan jika tensinya tidak tumbuh.....
  - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)  
.....Pasien mengatakan mengambil keputusan dan dirundungkan keluarga.....
  - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)  
.....Pasien mengatakan jika menghadapi masalah selalu bermusyawarah.....
  - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang  
.....Pasien berdoa agar sakitnya lekas sembuh.....
  - 5). Perasaan cemas/takut : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan
  - 6). Perasaan ketidakberdayaan : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan
  - 7). Perasaan keputusasaan : () tidak ada      ( ) ada, jelaskan
  - 8). Konsep diri :
    - a). Citra diri : Pasien mengatakan dirinya berperan sebagai seorang Ibu dan sebagai Ibu menjalankan perannya di baik
    - b). Ideal diri : Pasien mengatakan ingin lekas sembuh dari sakitnya supaya dapat kembali keaktivitas
    - c). Harga diri : Pasien mengatakan dirinya selalu dihormati oleh suami dan anaknya
    - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
    - e). Konflik dalam peran : Tidak ada
- b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : () tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung .....
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah .....  
.....tenang dan kooperatif .....

## 12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif :
  - 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh  
.....Suami dan anaknya .....
  - 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah  
.....Suami dan anaknya .....
  - 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : () tidak ada    () ada, sebutkan .....
  - 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : () tidak ada  
.....() ada, sebutkan .....
- b. Tanda obyektif :
  - 1). Kemampuan berbicara : () jelas    () tidak jelas  
.....Tidak dapat dimengerti .....Tidak ada ..... Afasia .....
  - 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan  
.....Tidak ada .....
  - 3). Penggunaan alat bantu bicara  
.....Tidak Ada .....
  - 4). Adanya tracheostomi  
.....Tidak Ada .....
  - 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain  
.....Komunikasi dengan Suami, anak, Petugas medis .....
  - 6). Perilaku menarik diri :    () tidak ada    () ada,  
Sebutkan .....

## 13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif :
  - 1). Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT dan keluarganya .....
  - 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : () tidak ada    () ada,  
Jelaskan .....
  - 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : sholat dan ..  
.....berdoa ..... frekuensi .....S. waktu .....
  - 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat  
.....Sholat dilakukan dengan duduk di tempat tidur .....
  - 5). Pemecahan oleh klien bersama dengan suaminya ? .....
  - 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : () tidak ada    () ada, jelaskan .....
  - 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :  
.....() tidak ada    () ada, jelaskan .....

- b. Tanda obyektif :
- 1). Perubahan perilaku ..... *Tidak ada*
  - 2). Menolak pengobatan :  tidak ada  ada, jelaskan .....
  - 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama :  tidak ada  ada, jelaskan .....
  - 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan :  tidak ada  ada, jelaskan .....

#### Data Penunjang

##### 1. Laboratorium

.....  
.....

##### 2. Radiologi

.....  
.....

##### 3. EKG

.....  
.....

##### 4. USG

.....  
.....

##### 5. CT Scan

.....  
.....

##### 6. Pemeriksaan lain

.....  
.....

##### 7. Obat-obatan

.... Infus Nad 20 fpm  
.... Inf. ranitidin 2x1 Ampul  
.... Captopril 25 mg x 3x1

##### 8. Diet

- Rendah garam  
- Gizi Sumbang

## ANALISA DATA

No	Waktu	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	18 Juli 24	<p>Ds : - Pasien mengatakan pusing berputar            - Pasien mengatakan pusing meningkat ketika membuka mata dan bangun dari tidurnya</p> <p>Do : P: Nyeri di kepala            Q: Cenut-cenut (tertusuk)            R: Nyeri dibagian kepala            S: Skala nyeri 5            T: Hilang Timbul            - Pasien tampak gelisah, lelah.            - Pasien tampak profektif memegang kepala.            - Nadi : 100 x/m - RR : 22 x/m.</p>	Agen Cedera Fisiologis	Nyeri Akut (D-0077)
2.	18 Juli 24	<p>Ds : - Pasien mengatakan kepalanya pusing dan pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</p> <p>Do : Pasien tampak gelisah            TD : 180 / 100 mmHg            N : 100 x/m            RR : 22 x/m            Suhu : 36,8 °C            Akral terasa hangat</p>	Hipertensi	Resiko perpusi Serebral tidak efektif (D-0017)
3.	18 Juli 24	<p>Ds : - Pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakit hipertensi            - Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tenasi</p> <p>Do : - Saat dilakukan pengkajian Ny.I tampak bingung dan menjelaskan jika dirinya merasa pusing hanya minum obat paracetamol tablet 3 x sehari.            - pasien kooperatif            - Pasien tampak lemas</p>	Kurang terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan (D-0111)

### Diagnosa Prioritas

1. Nyeri Akut B.d Agen Cedera fisiologis
2. Resiko perpusi serebral tidak efektif B.d Hipertensi
3. Defisit pengetahuan B.d kurang terpapar Informasi

## INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	SIKI	SLKI	Paraf
1.	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri berkurang sesuai dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066) Eluspektasi menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhuan nyeri (5)</li> <li>2. Meningis kesakutan (5)</li> <li>3. Sifat profektif (5)</li> <li>4. Tekanan darah membaut (5)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>SIKI : Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri.</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi Istirahat dan tidur</li> <li>2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misal : hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Jelaskan penyebab, pemira dan periode nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	Op. Khairul
2.	Risiko Perfusi Selebral tidak efektif (D.0017)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi selebral meningkat sesuai dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Pertusi selebral (L.02014)</p>	<p>SIKI : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I. 08194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: gangguan metabolisme)</li> </ol>	Op. Khairul

		<p>1. Sakit kepala (5)      2. Gatal (5)      3. Tekanan darah sistolik (5)      4. Tekanan darah Diastolik (5)</p> <p>Keterangan :      1. Memburuk      2. Cukup memburuk      3. Sedang      4. Cukup membaik      5. Membaik</p>	<p>2. Monitor tanda dan gejala Peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat).      3. Monitor MAP</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan posisi Semipowler</li> <li>2. Hindari pemberian Cairan IV Hipotonik.</li> <li>3. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Edukasi Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.</li> </ol>	
3.	Defisit Pengetahuan (D.OIII)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil SLKI : Tingkat pengetahuan (L.II)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perilaku sesuai anjuran (5)</li> <li>2. Persepsi yang keliru terhadap masalah (5)</li> <li>3. perilaku sesuai dengan pengetahuan (5)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkat</li> </ol>	<p>SLKI : Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesadaran dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol>	80% Khusus

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Waktu	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1.	18 Juli 2024	<p>1. Nyeri Akut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) mengidentifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri.</li> <li>2.) mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan melatih relaksasi napas dalam.</li> </ol> <p>2. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) menjelaskan penyebab dan pemicunya (penyebab pusing adalah TD yang naik)</li> <li>2.) mengidentifikasi penurunan tingkat energi</li> </ol> <p>3. Defisit pengetahuan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor resiko: keturunan, pola makan, pola istirahat, pola aktivitas)</li> <li>2.) mengajarkan perlaku hidup bersih dan sehat (jaga kebersihan, kurangi konsumsi garam, kafein, minyak)</li> </ol>	<p>Ds: Pasien mengatakan pusing cenut-cenut, lama 3 menit sekali, pusing berkurang jika tidur, skala 5.  Do: Pasien tampak menahan nyeri.</p> <p>Ds: Pasien mengatakan nyeri/pusing cenut-cenut.  Do: Pasien tampak memegang kepala  Pasien kooperatif</p> <p>Ds: Pasien mengatakan sedikit ada gambaran ketika dijelaskan Penyebab pusing  Do: Pasien tampak kooperatif  TD: 180/100 mmHg.</p> <p>Ds: Pasien mengatakan mulai lelah ketika beraktivitas, kedua kaki terasa kebas  Do: Pasien tampak tiduran &amp; bред</p> <p>Ds: Pasien mengatakan lebih paham tentang penyakit yang dideritanya  Do: Pasien tampak kooperatif</p> <p>Ds: Pasien mengatakan mau berubah dalam Perlaku hidup bersih dan sehat.  Do: Pasien tampak kooperatif</p>	Sppt. khusnul
2.	19 Juli 2024	<p>1. Nyeri Akut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) melatih dan mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam dan mendengarkan irama muontal al Qur'an irama nafawand untuk menurunkan nyeri kepala pasien</li> <li>2.) memonitor respon pasien terhadap teknik relaksasi yang dipilih.</li> </ol> <p>2. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.) melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital</li> </ol>	<p>Ds: Pasien mengatakan dapat melakukn teknik relaksasi napas dalam dan mendengarkan muontal secara mandiri  Do: Pasien tampak lebih nyaman dan rileks, skala nyeri 3</p> <p>Ds: Pasien mengatakan lebih rileks dan lebih nyaman  Do: Pasien kooperatif teknik relaksasi dilakukan selama ± 15 menit.</p> <p>Ds: Pasien mengatakan bersedia &amp; dilakukan pemeriksaan TTV</p>	Sppt. khusnul

			<p>D0 : TD : 150 / 90 mmHg      N : 85 x/m      S : 36,8 °C      RR : 20 x/m</p>	Rp khusul
		3. Defisit pengetahuan	<p>1.) memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur rileksasi (memberikan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dengan metode diskusi leaflet)</p> <p>Ds : Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi terkait hipertensi      Do : pasien kooperatif.</p>	Rp khusul
3.	20 Juli 2024	<p>1. Nyeri Akut</p> <p>1.) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri.</p> <p>2.) Mengajurkan pasien sering melatih teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan muarrah</p> <p>2. Resiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>1.) memberikan cairan isotonik (Infus RL dan Injeksi ranitidine) sesuai arahan dokter.</p> <p>2.) memonitor status kardropulmonal (TD, N, S, RR, MAP)</p> <p>3. Defisit pengetahuan</p> <p>1.) mengajarkan pasien untuk menjaga pola hidup bersih dan sehat</p> <p>2.) memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.</p>	<p>Ds : pasien mengatakan sudah tidak pusing, skala I, dan tidak ada keluhan lainnya      Do : Pasien tampak rileks.</p> <p>Ds : pasien mengatakan siap bersedia melakukan terapi      Do : pasien kooperatif.</p> <p>Ds : -      Do : terpasang Infus RL 16 tpm dan Injeksi ranitidine 1x1 Amp.</p> <p>Ds : Pasien mengatakan sudah tidak pusing.      DO : TD : 130 / 85 mmHg , N: 80x/m      S : 36 °C , RR: 20 x/m .      MAP : <math>\frac{(2(85)+130)}{3} = \frac{300}{3} = 100 \text{ mmHg}</math></p> <p>Ds : pasien mengatakan akan menjaga pola hidup bersih dan sehat.      Do : Pasien kooperatif.</p> <p>Ds : Pasien mengatakan apa saja penyebab hipertensi ?      Do : pasien tampak bertanya kepada perawat.</p>	Rp khusul

**CATATAN PERKEMBANGAN**

No.	Waktu	Dx. Kep	Evaluasi SOAP	Paraf
1.	18 Juli 2024	Nyeri akut (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan pusing cengut-cengut      P : Nyeri di kepala ketika bergerak      Q : Cengut-cengut      R : Nyeri di kepala      S : Skala 3      T : hilang timbul</p> <p>O : Pasien tampak gelisah, meringis kesakitan      A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi      P : Lanjutkan Intervensi      1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	QPF khusnul
		Resiko perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)	<p>S : pasien mengatakan ketika tensinya tinggi pasti merasakan sakit kepala (pusing)      O : TD : 180/100 mmHg.      Pasien mempunyai riwayat HT      Pasien tampak gelisah,</p> <p>A : Masalah keperawatan resiko perfusi Serebral tidak efektif belum teratasi      P : Lanjutkan Intervensi      1. Monitor tanda gejala peningkatan TIK</p>	QPF khusnul
		Defisit Pengelahan (D.0111)	<p>S : Pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakit hipertensi.      O : pasien tampak bingung - gelisah.      A : Masalah keperawatan Defisit pengertian belum teratasi.      P : Lanjutkan Intervensi      1. Identifikasi kesiapan menerima informasi      2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p>	QPF khusnul
2.	19 Juli 2024	Nyeri Akut (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan pusing berkurang      P : Nyeri di kepala ketika banyak bergerak      Q : Cengut-cengut      R : Nyeri di kepala      S : skala 2      T : hilang timbul.</p> <p>O : Pasien kooperatif , TD : 150/90 mmHg      pasien melakukan terapi relaksasi nafas dalam dan mendengarkan muadalah Al Quran</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi      P : Lanjutkan Intervensi      1. monitor nyeri</p>	QPF khusnul

		<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>	<p>S: pasien mengatakan pusing berkurang      O: pasien tampak membahik, gelisah menurun      TD: 150/90 mmHg, N: 90x/m, RR: 20<sup>x</sup>/m      A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.      P: Lanjutkan Intervensi      1. monitor MAP, dan tanda gejala peningkatan TIK</p>	8/10 khusus
		<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p>	<p>S: pasien mengatakan masih belum mengerti tentang pengobatan serta gaya hidup yang harus dijalani oleh penderita penyakit hipertensi.      O: pasien tampak menanyakan ke perawat      A: Masalah keperawatan defisit Pengetahuan belum teratasi      P: Lanjutkan Intervensi      1. Sedangkan materi dari berikan penekes.</p>	8/10 khusus
3.	20 Juli 2024	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>S: pasien mengatakan lebih rileks, tidak ada pusing      P: Nyeri di kepala tidak ada      Q: membahik      R: nyeri di kepala tidak ada      S: Skala 0      T: tidak ada,      O: pasien kooperatif, TD: 130/85 mmHg      A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi      P: Hentikan Intervensi      1. Pasien BLPL</p>	8/10 khusus
		<p>Risiko perfusi Serebral tidak efektif (D.0017)</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak pusing      O: pasien tampak membahik, tidak ada mual, muntah, pasien tampak rileks      TD: 130/85, N: 80<sup>x</sup>/m, S: 36 °C      RR: 20<sup>x</sup>/m      A: Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi      P: Hentikan Intervensi      1. Pasien BLPL</p>	8/10 khusus
		<p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah lebih mengerti tentang penyakit hipertensi.      O: pasien dapat menyebutkan pemicu hipertensi, pasien mampu menyebutkan diet yg tepat untuk hipertensi dan pantangan untuk hipertensi.      A: Masalah keperawatan Defisit Pengetahuan teratasi.      P: Hentikan Intervensi      1. Pasien BLPL</p>	8/10 khusus