

Lampiran 1. Hasil Observasi

| No. | Waktu Pelaksanaan | Jam | Obat yang di konsumsi | Tekanan darah sebelum minum obat | | | Tekanan darah 2 jam setelah minum obat | | | Tekanan darah setelah pijat akupresur | | |
|-----|------------------------|---------------|-----------------------|----------------------------------|---------|-----|--|----------|-----|---------------------------------------|---------|-----|
| | | | | Sistol | Diastol | MAP | Sistole | Diastole | MAP | Sistole | Diastol | MAP |
| 1 | Selasa, 28 Mei 2024 | Pagi (06.00) | Amlodipine | 155 | 89 | 111 | 151 | 87 | 108 | 142 | 85 | 104 |
| | | Siang (13.00) | | 149 | 85 | 106 | | | | 139 | 83 | 101 |
| | | Malam (19.00) | | 148 | 86 | 106 | | | | 134 | 79 | 97 |
| 2 | Rabu, 29 Mei 2024 | Pagi (06.00) | Amlodipine | 147 | 83 | 104 | 140 | 79 | 99 | 132 | 85 | 92 |
| | | Siang (13.00) | | 141 | 78 | 99 | | | | 134 | 75 | 94 |
| | | Malam (19.00) | | 136 | 80 | 98 | | | | 131 | 78 | 95 |
| 3 | Kamis, 30 Mei 2024 | Pagi (06.00) | Amlodipine | 142 | 81 | 101 | 134 | 79 | 97 | 132 | 78 | 96 |
| | | Siang (13.00) | | 135 | 78 | 97 | | | | 126 | 79 | 94 |
| | | Malam (19.00) | | 120 | 69 | 86 | | | | 112 | 64 | 80 |

Lampiran 2

Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi Akupresur

1. Pengertian

Akupresur adalah terapi dengan cara menekan tekan pada titik-titik tertentu pada bagian tubuh (meridian) untuk memperoleh efek rangsang guna mendapatkan kesembuhan dari suatu penyakit atau untuk meningkatkan kualitas kesehatan.

2. Tujuan

1. Menimbulkan relaksasi yang dalam.
2. Memperbaiki sirkulasi darah.
3. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal.
4. Membantu memperbaiki mobilitas.
5. Menurunkan tekanan darah.

3. Alat

1. Alat tulis
2. Tensimeter
3. Stetoskop
4. Lembar observasi tekanan darah
5. Minyak zaitun
6. Tisu basah dan kering

4. Prosedur Pelaksanaan

1. Tahap persiapan
 - a) Perisapan diri

- b) Mengidentifikasi pasien menggunakan 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis)
 - c) Membuat kontrak dengan pasien
 - d) Mempersiapkan alat dan pasien
 - e) Menciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar pasien
 - f) Jaga privasi dengan memasang tirai atau menutup pintu kamar pasien.
2. Tahap orientasi
- a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
 - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur
 - c) Menanyakan perasaan pasien saat ini
3. Tahap kerja
- a) Melakukan *hand hygiene* dengan 6 langkah
 - b) Mempersiapkan alat
 - c) Memposisikan pasien
 - d) Mengukur tekanan darah pasien
 - e) Menentukan titik tempat akan melakukan pemijatan, yaitu titik Lr 3 (Taichong) titik tekan yang terletak di antara bagian atas kaki, antara jempol kaki dan jari kedua , titik Sp 6 (Sanyinjao) adalah titik tekan yang terletak di sekitar empat jari di atas mata kaki, tepat di ujung tulang kering , dan titik LI 4 (Hegu) titik tekan yang terletak di antara pangkal ibu jari dan jari telunjuk.
 - f) Dilakukan dalam satu kali pemijatan selama 15 menit.

- g) Evaluasi tindakan dengan mengukur kembali tekanan darah pasien.
- h) Rapikan alat

5. Terminasi

1. Melakukan *hand hygiene* dengan 6 langkah.
2. Menanyakan perasaan pasien setelah terapi.
3. Kontrak waktu yang akan datang.
4. Berpamitan dan mengucapkan salam.

Lampiran 3. Lembar Informed Consent

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

Kepada
Yth. Saudara(i)
Di Tempat


Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir di Program studi D-III Keperawatann Politeknik Kesehatan Kendari, maka saya:

Nama : Nurapni Oktavia
NIM : P00320021081

Sebagai mahasiswa Politeknik Kesehatan Kendari Program studi D-III Keperawatan, akan melakukan penelitian dengan judul “Penerapan Terapi Akupresur Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Kota Kendari”. Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela, sehingga Bapak/ibu bebas menjadi responden penelitian ini atau menolak tanpa ada sanksi apapun. Identitas Bapak/Ibu dan semua informasi yang di berikan akan di rahasiakan dan hanya di gunakan untuk keperluan penelitian.

Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden penelitian ini, maka silahkan Bapak/ibu menandatangani formulir persetujuan ini. Atas ketersediaan Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Kendari, 28 Mei 2024


Responden

40

Lampiran 4. Format Pengkajian KMB



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA
MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend.A.H Nasution No. G.14 Anduonohu Kota Kendari 93232

Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail poltekkeskendari@yahoo.com

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Tanggal pengkajian: 28 Mei 2024.....

No. Register: 21883

Diagnosa medis : Hipertensi

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama Lengkap : Ny. A
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Umur/Tanggal Lahir : 52/ 20 Oktober 1972
4. Status perkawinan : Kawin
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : Bugis/ Indonesia
7. Pendidikan : SMA
8. Pekerjaan : IRT
9. Pendapatan : -
10. Tanggal MRS : 24 Mei 2024

B. Identitas Penanggung

1. Nama Lengkap : Tn. S
2. Jenis kelamin : Laki-laki
3. Pekerjaan : Wiraswasta
4. Hubungan dengan klien : Suami
5. Alamat : Jl. Lumba-lumba

II. Riwayat Kesehatan

- A. Keluhan Utama: : Klien mengatakan pusing
berlebih
- B. Riwayat keluhan :
1. Penyebab/faktor pencetus : Klien mengatakan karena tekanan darahnya tinggi
 2. Sifat keluhan : -
 3. Lokasi dan penyebarannya : Klien mengatakan dari kepala sampai belakang leher
 4. Skala keluhan : -
 5. Mulai dan lamanya keluhan : Klien mengatakan sejak 24 Mei
 6. Hal-hal yang meringankan/memperberat: Klien mengatakan hal yang meringankan ketika klien telah minum obat dan beristirahat/ hal yang memperberat ketika klien banyak mengkonsumsi makanan mengandung daging.

III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Apakah menderita penyakit yang sama : Klien mengatakan pernah menderita penyakit sama
- b. Bila pernah dirawat di RS, sakit apa : klien mengatakan iya pernah dengan penyakit yang sama.
- c. Pernah mengalami pembedahan : tidak
- d. Riwayat alergi : tidak
- e. Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat:
 1. Merokok (berapa batang sehari) : -
 2. Minum alkohol : -
 3. Minum kopi : -
 4. Minum obat-obatan : -

IV. Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram 3 generasi)

- a. Buat genogram 3 generasi (lembar sendiri)
- b. Riwayat kesehatan anggota keluarga

1. Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa: klien mengatakan tidak ada
2. Apakah ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun: klien mengatakan ibunya menderita penyakit yang sama juga.

V. Pemeriksaan Fisik

0. Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah : 151/87 mmHg
2. Pernapasan : 20 kali / menit,
3. Nadi : 58 kali / menit,
4. Suhu badan : 36,5⁰C

1. Berat badan dan tinggi badan

1. Berat badan : 75 Kg
2. Tinggi badan : 158 Cm
3. IMT : 30.

2. Kepala :

1. Bentuk kepala : Normacephal
2. Keadaan kulit kepala: Nampak kulit kepala klien kurang bersih.
3. Nyeri kepala / pusing: klien mengatakan dia merasakan pusing.
4. Distribusi rambut: nampak distribusi rambut merata
5. Rambut mudah tercabut : klien mengatakan tidak
6. Alopesia : nampak tidak ada alopesia

3. Mata

1. Kesimetrisan : Nampak simetris kiri dan kanan.
2. Edema kelopak mata : tidak nampak edema kelopak mata
3. Ptosis : tidak nampak adanya ptosis
4. Sklera : tidak nampak ikterus
5. Konjungtiva : normal, tidak nampak anemis
6. Ukuran pupil : normal
7. Ketajaman penglihatan : klien mengatakan sudah tidak terlalu jelas melihat dengan jarak jauh.
8. Pergerakan bola mata : Normal

9. Lapangpandang : Normal
 10. Diplopia : normal, tidak ada penglihatan ganda.
 11. Photophobia : klien mengatakan pusing ketika melihat cahaya terlalu terang
 12. Nistagmus : tidak nampak adanya bola mata bergetar
 13. Reflex kornea : normal
 14. Nyeri : klien mengatakan tidak ada
4. Telinga
1. Kesimetrisan : Simetris kiri dan kanan
 2. Sekret : tidak nampak adanya sekret
 3. Serumen : tidak nampak adanya serumen
 4. Ketajaman pendengaran : klien mampu mendengar dengan jelas
 5. Tinnitus : klien mengatakan tidak ada
 6. Nyeri : klien mengatakan tidak ada
5. Hidung
1. Kesimetrisan : simetris kiri dan kanan
 2. Perdarahan : tidak nampak adanya perdarahan
 3. Sekresi : tidak nampak sekresi.
 4. Fungsi penciuman : normal
 5. Nyeri : klien mengatakan tidak ada nyeri
6. Mulut
1. Fungsi berbicara : klien mampu berbicara dengan jelas.
 2. Kelembaban bibir : nampak bibir klien lembab
 3. Posisi uvula : normal
 4. Keadaan tonsil :normal
 5. Stomatitis : tidak nampak adanya sariawan
 6. Warna lidah : merah muda
 7. Tremor pada lidah : tidak ada tremor
 8. Kebersihan lidah : nampak bersih
 9. Bau mulut : tidak berbau.

10. Kelengkapan gigi : nampak gigi lengkap
11. Kebersihan gigi : nampak bersih
12. Karies : tidak nampak adanya karies
13. Suara parau : tidak ada suara parau
14. Kesulitan menelan : klien mengatakan tidak ada
15. Nyeri menelan : klien mengatakan tidak ada
16. Kemampuan mengunyah : tidak ada kesulitan menelan
17. Fungsi mengecap : normal

7. Leher

1. Mobilitas leher :Normal.
2. Pembesaran kel. Tiroid : tidak ada pembesaran kel. tiroid.
3. Pembesaran kel. limfe : tidak ada pembesaran kel. limfe
4. Pelebaran vena jugularis : tidak ada pelebaran vena jugularis
5. Trakhaea : Normal.

8. Thoraks

Paru – paru

1. Bentuk dada : simetri kiri dan kanan
2. Pengembangan dada : normal sama kiri dan kanan
3. Retraksi dinding dada : getaran sisi kiri dan kanan sama
4. Tanda jejas : tidak nampak adanya tanda jejas.....
5. Taktil fremitus : normal
6. Massa : tidak adanya massa
7. Dispnea : tidak ada dispnea
8. Ortopnea : tidak ada ortopnea
9. Perkusi thoraks :sonor.
10. Suara nafas : vesikuler
11. Bunyi nafas tambahan : tidak ada bunyi nafas tambahan
12. Nyeri dada : tidak ada nyeri dada

Jantung

1. Iktus kordis :normal
2. Ukuran jantung :normal
3. Nyeri dada :klien mengatakan tidak ada nyeri

4. Palpitasi : tidak terdapat palpitasi
5. Bunyi jantung : terdengar S1 dan S2
9. Abdomen
1. Warna kulit : sawo matang.
2. Distensi abdomen : tidak ada distensi abdomen
3. Ostomy : tidak nampak adanya ostomy
4. Tanda jejas : tidak nampak adanya tanda jejas
5. Peristaltik : normal, 20x/menit
6. Perkusi abdomen : timpani
7. Massa : tidak ada tanda jejas
8. Nyeritekan : tidak ada nyeri
10. Payudara
1. Kesimetrisan : simetris kiri dan kanan
2. Keadaan puting susu : menonjol
3. Pengeluaran dari puting susu : tidak ada pengeluaran
4. Massa : tidak ada massa
5. Kulit *paeud'orange* : tidak ada
6. Nyeri : tidak ada nyeri
7. Lesi : tidak ada lesi
11. Pengkajiansistemsaraf
1. Tingkat kesadaran : compos mentis
2. Koordinasi : baik
3. Memori : baik
4. Orientasi : baik
5. Konfusi : tidak terdapat konfusi
6. Keseimbangan : klien nampak keseimbangannya kurang
7. Kelumpuhan : tidak ada kelumpuhan
8. Gangguan sensasi : tidak ada gangguan sensasi
9. Kejang-kejang : tidak adanya kejang-kejang
10. Lain – lain : -

11. Reflex :

a. Refleks tendon

1. Biceps : normal
2. Trisep : normal
3. Lutut : normal
4. Achilles : normal

b. Reflekspatologis

Babinski : normal

c. Tanda meningeal :

1. Kaku kuduk/kernig sign: normal
2. Brudzinski I : normal
3. Brudzinski II : normal

12. Anus dan perianal

1. Hemorroid : tidak terdapat hemoroid
2. Lesi perianal : tidak terdapat lesi
3. Nyeri : tidak ada nyeri

13. Ekstremitas

1. Warna kulit : sawo matang
2. Purpura / ekimosis : tidak ada
3. Atropi : tidak ada
4. Hipertropi : tidak ada
5. Lesi : tidak ada
6. Pigmentasi : tidak ada
7. Luka : tidak ada
8. Deformitas sendi : tidak ada
9. Deformitas tulang : tidak ada
10. Tremor : tidak ada
11. Varises : tidak ada
12. Edema : tidak ada pembengkakan
13. Turgor kulit : normal
14. Kelembaban kulit : normal

15. Capillary Tefilling Time (CRT) :normal, kembali dalam 3 detik

16. Pergerakan : normal

17. Kekakuan sendi : tidak ada kekakuan sendi

18. Kekuatan otot : normal

19. Tonus otot : baik

20. Kekuatan sendi : baik

21. Nyeri : tidak ada

22. Diaphoresis : tidak ada.

VI. engkajianKebutuhan Dasar

a. KebutuhanNutrisi

| Keterangan | Sebelumsakit | Setelahsakit |
|---|---------------------------------|--|
| Frekuensi makan sehari | 3x sehari | 3x sehari |
| Waktu makan | Pagi,siang, malam | Pagi,siang, malam |
| Porsi makan yang habiskan | 1 piring makan/ 1 porsi | 1 porsi tetapi dikurangi. |
| <u>Penggunaan alat bantu makan</u> | sendok | sendok |
| Makanan pantang/ yang tidak disukai | Tidak ada | Tidak ada |
| Makanan yang disukai | Semua jenis makanan | Semua jenis makanan |
| <u>Pembatasan makanan</u> | Tidak ada pembatasan makanan | Mengurangi daging, makanan bersantan dan sayuran hijau |
| Jenis makanan yang dibatasi | Tidak ada | Daging, makanan bersantan, dan sayur hijau |
| <u>Konsumsi makanan berserat : jenis dan jumlah</u> | Sering mengkonsumsi buah-buahan | Sering mengkonsumsi buah-buahan |
| <u>Nafsu makan</u> | baik | berkurang |
| <u>Mual</u> | Tidak ada | ada |
| <u>Hipersalivasi</u> | Tidak ada | Tidak ada |
| <u>Sensasi asam pada mulut</u> | Tidak ada | Tidak ada |
| <u>Muntah</u> | Tidak ada | ada |
| <u>Perasaan cepat kenyang setelah makan</u> | Tidak ada | ada |
| <u>Perasaan kembung</u> | Tidak ada | Tidak ada |

b. Kebutuhan Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK)

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Frekwensi BAK | 5x sehari | 5x sehari |
| Pancaran | kuat | kuat |
| Jumlah | - | - |
| Warna | kuning | kuning |
| Disuria | Tidak ada | Tidak ada |
| Nokturia | Tidak ada | Tidak ada |
| Perasaan penuh pada kandung kemih | Tidak ada | Tidak ada |
| Perasaan setelah BAK | Lega | Lega |
| Kesulitan memulai berkemih | Tidak ada | Tidak ada |
| Dorongan berkemih | ada | ada |
| Inkontinensia urine | Tidak ada | Tidak ada |
| Total produksi urine | - | - |

Buang Air Besar (BAB)

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Frekwensi | 1x sehari | 2x sehari |
| Konsistensi | Padat | Padat |
| Bau | - | - |
| Warna | Kecoklatan | Kecoklatan |
| Flatulans | Tidak ada | Tidak ada |
| Nyeri saat defekasi | Tidak ada | Tidak ada |
| Sensasi penuh pada rektal | Tidak ada | Tidak ada |
| Dorongan kuat untuk defekasi | Ada | Ada |
| Kemampuan menahan defekasi | Mampu | Mampu |
| Mengejan yang kuat saat defekasi | Tidak | Tidak |
| Lain - lain | | |

c. Kebutuhan Istirahat dan tidur

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| Jumlah jam tidur siang | 2 jam | Tidak tidur |
| Jumlah jam tidur malam | 8 jam | 4 jam |
| Kebiasaan konsumsi | Tidak ada | Tidak ada |

| | | |
|-----------------------------------|-----------|-------------------------------|
| obat tidur/stimulant/ penenang | | |
| Kegiatan pengantar tidur | Tidak | Tidak |
| Perasaan waktu bangun tidur | Segar | Lemas |
| Kesulitan memulai tidur | Tidak ada | Ada |
| Mudah terbagun | Tidak ada | Ada |
| Penyebab gangguan tidur | Tidak ada | Pusing yang diderita klien |
| Perasaan mengantuk | Ada | Ada |
| Lain – lain | | |

d. Kebutuhan Aktivitas

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Kegiatan rutin | Mengerjakan pekerjaan irt | Tidak ada |
| Waktu senggang | Ketika pekerjaan telah selesai | ada |
| Kemampuan berjalan | Klien mampu | Klien mampu tetapi dibantu |
| Kemampuan merubah posisi saat berbaring | Klien mampu | Ada |
| Kemampuan berubah posisi :berbaring ke duduk | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan mempertahankan posisi duduk | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan berubah posisi : duduk ke berdiri | Klien mampu | Dibantu |
| Kemampuan mempertahankan posisi berdiri | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan berjalan | Klien mampu | Klien mampu |
| Penggunaan alat bantu dalam pergerakan | Tidak ada | Tidak ada |
| Dispnea setelah beraktivitas | Tidak ada | Tidak ada |
| Ketidaknyamanan setelah beraktivitas | Tidak ada | ada |
| Pergerakan lambat | Tidak | ada |
| | | |

e. Kebutuhan Perawatan Diri

1. Mandi

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|---|----------------------|----------------------------------|
| Motivasi dalam perawatan diri mandi, mencuci rambut dan kebersihan kuku | ada | Ada |
| Frekwensi mandi | 2x sehari | 2 hari sekali |
| Kebersihan kulit | Bersih | Bersih |
| Frekwensi mencuci rambut | 2x sehari | Belum cuci rambut sejak masuk rs |
| Kebersihan rambut | Bersih | Nampak lepek |
| Frekwensi memotong kuku | 3 hari sekali | Belum potong kuku sejak masuk RS |
| Kebersihan kuku | Bersih | Bersih |
| Kemampuan mengakses kamar mandi | Klien mampu | Klien dibantu |
| Kemampuan mengambil perlengkapan mandi | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan membasuh tubuh saat mandi | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan mengeringkan tubuh saat mandi | Klien mampu | Klien mampu |

2. Berpakaian

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|--|----------------------|------------------------|
| Motivasi dalam perawatan diri mengganti pakaian | Ada | Tidak ada |
| Kebersihan pakaian | Bersih | Bersih |
| Frekwensi mengganti pakaian | 1 hari 2x | Tidak ganti pakaian |
| Kemampuan memilih dan mengambil pakaian | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas | Klien mampu | Mampu, tetapi di bantu |
| Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah | Klien mampu | Mampu, tetapi dibantu |
| Kemampuan melepaskan pakaian pada | Klien | Mampu, |

| | | |
|--|-------|-----------------------|
| bagian tubuh atas | mampu | tetapi dibantu |
| Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh bawah | mampu | Mampu, tetapi dibantu |
| Kemampuan mengancing atau menggunakan resleting | mampu | Mampu, tetapi dibantu |
| Lain - lain | | |

3. Makan

| Keterangan | Sebelum sakit | Setelah sakit |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Motivasi dalam perawatan diri makan | Ada | Ada |
| Kemampuan memasukkan makanan kemulut | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan mengunyah | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan memegang peralatan makan | Klien mampu | Klien mampu |
| Lain - lain | | |

4. Eliminasi

| Keterangan | Sebelumsakit | Setelahsakit |
|---|---------------------|----------------------------|
| Motivasi dalam perawatan diri eliminasi BAK dan BAB | Ada | ada |
| Kemampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi | Klien mampu | Klien mampu |
| Kemampuan mencapai toilet | Klien mampu | Klien mampu dengan dibantu |
| Kemampuan naik ke toilet | Klien mampu | Klien mampu dengan dibantu |
| Kemampuan menyiram toilet | Klien mampu | Klien mampu |
| Lain - lain | | |

f. Kebutuhan Keamanan

1. Riwayat paparan terhadap kontaminan :tidak pernah
2. Riwayat perdarahan : tidak pernah
3. Riwayat pemeriksaan dengan media kontras :tidak pernah

4. Pemasangan kateter IV dalam waktu lama :tidak pernah
 5. Penggunaan larutan IV yang mengiritasi : tidak pernah
 6. Penggunaan larutan IV dengan aliran yang cepat :iya pernah
 7. Pemasangan kateter urine dalam waktu lama :tidak pernah
 8. Imobilisasi : tidak pernah
 9. Luka pada kulit / jaringan : tidak ada
 10. Benda asing pada luka : tidak ada
 11. Riwayat jatuh : tidak ada
 12. Kelemahan umum : tidak ada
- g. KebutuhanKenyamanan :
1. Keluhan nyeri : tidak ada
 2. Pencetus nyeri : tidak ada
 3. Upaya yang meringankan nyeri : tidak ada
 4. Karakteristiknyeri : tidak ada
 5. Intensitasnyeri : tidak ada
 6. Durasi nyeri : tidak ada
 7. Dampaknyeriterhadapaktivitas : tidak ada
- h. Kebutuhan Psikososial
1. Persepsi terhadap penyakit :klien ingin segera sembuh dan pulang kerumah
 2. Harapan klien terhadap kesehatannya :klien berharap agar cepat sembuh dan tidak pernah di rawat dir s lagi
 3. Pengaruh penyakit terhadap pekerjaan : klien mengatakan tidak bias mengerjakan pekerjaannya karena sakit
 4. Pola interaksi dengan orang terdekat :nampak klien sangat dekat dengan keluarganya
 5. Sejauh mana keterlibatan orang terdekat bila klien menghadapi masalah:klien selalu bercerita atau mengatakan apa yang sedang dia rasakan
 6. Pola pemecahan klien yang digunakan bila mempunyai masalah:diskusi dengan keluarga

7. Hubungan dengan orang lain : nampak hubungan klien dengan orang lain baik.
 8. Hubungan klien dengan tenaga kesehatan/keperawatan selama dirawat:klien sangat ramah dan baik kepada tenaga kesehatan.
 9. Organisasi kemasyarakatan yang diikuti: majelista'lim
- i. Kebutuhan Spiritual :
1. Kemampuan menjalankan ibadah : klien tidak mampu menjalankan ibadah
 2. Hambatan mengikuti ritual keagamaan : klien mengatakan karena pusing berlebihan yang dia rasakan.
 3. Perasaan yang dialami terkait aktivitas keagamaan : senang

VII. Pemeriksaan penunjang

A. Laboratorium :

B. Studi diagnostic :

VIII. Tindakan medik/pengobatan

1. Hemafort :1x1
2. Hct 25 mg :1x1
3. Atorvastatin 20 mg :1x1
4. Betahistin 24 mg :1x1
5. Amlodipine 10 mg :1x1
6. Candesartan 16 mg :1x1
7. Allopurinol 300 mg :1x1

Kendari, 28 Mei 2024

Nurapni Oktavia

Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI

Jalan Jend. A.H Nasution No. G. 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401)390492 Fax. (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



Nomor : PP.08.02/F.XXXVI/4382/2023
2023
Sifat : BIASA
Lampiran : -
Hal : Izin Pengambilan Data

27 Desember

Yth. RSUD Kota Kendari
Di

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Nurapni Oktavia
NIM : P00320021081
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Terapi Pijat Akupresur Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Dengan Hipertensi Di Ruang Angrek RSUD Kota Kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Kendari,



Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

Lampiran 6. Surat Pengambilan Data Awal RS



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
Jl. Z.A. Sugianto No.39 Kendari
Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT PENGANTAR PENGAMBILAN DATA

Kepada Yth.
Kepala Ruang / Poli. SWI
Di _____
Tempat


Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Nurapni Oktavia
Jurusan/ Institusi : D-III Keperawatan / Poltekkes Kendari
NIM : P00320021081
Alamat : kec. Kadia Kota Kendari
Judul penelitian : Gambaran Penerapan terapi Pijat akupresur terhadap tingkat nyeri pada pasien dengan diagnosis Medis hipertensi di ruang Rawat RSUD kota kendari


Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk diberikan izin pengambilan data awal untuk penelitian. Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 16 Januari 2024

An. Direktur
Kepala Subbagian Kepegawaian
Dan Diklat


Rachmawati A. SKM
NIP 19841111 201001 2 033

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian

 **PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA**
BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH
Alamat : Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121
Website : <https://brida.sultra.prov.go.id> Email: bridaprovsultra@gmail.com

Kendari, 22 Mei 2024

Nomor : 070/ 1772 / V /2024
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari
di –
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor : PP.08.02/F.XXXVI/1680/2024 tanggal, 17 Mei 2024 perihal tersebut, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa atas nama :



Nama : NURAPNI OKTAVIA
NIM : P00320021081
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data pada wilayah sesuai Lokasi penelitiannya, dalam rangka penyusunan *Skripsi*, dengan judul, "**Penerapan Terapi Pijat Akupresur Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Kota Kendari**".
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 22 Mei 2024 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya menerbitkan izin penelitian sekali untuk setiap penelitian
3. Menyerahkan 1 (satu) rangkap copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara
Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Surat izin akan dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku apabila di salah gunakan.

Demikian surat Izin Penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ditandatangani secara elektronik oleh:
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah
Provinsi Sulawesi Tenggara
Dra. Hj. ISMA, M. Si
NIP 19660306 198603 2 016

Tembusan:
1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Tempat;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Tempat;
6. Yang Bersangkutan.-;

Lampiran 8. Surat Keterangan Penelitian



PEMERINTAH KOTA KENDARI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI
Jl. Brigjend Z.A. Sugianto No.39 Kendari
Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
Nomor : 070/1456 7 / 2024

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :


Nama : Nurapni Oktavia
NIM : P00320021081
Jurusan/Prodi : DIII Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul ” **Penerapan Terapi Akupresur Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Rsud Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara**” sejak tanggal **28 Mei 2024 s/d 29 Mei 2024**.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

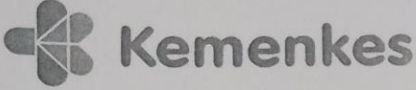
Kendari, 06 Juni 2024

An. Direktur,
Kepala Subbagian Kepegawaian



R. D. A., SKM
NIP. 19841111 201001 2 033

Lampiran 9. Surat Keterangan Bebas Administrasi

 **Kemenkes**

Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kendari

Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231
(0401) 3190492
<https://poltekkeskendari.ac.id>

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI
Nomor: PP.04.03/F.XXXVI.10/ /2024

Dengan ini menyatakan bahwa:


Nama : Nurapni Oktavia
Nim : P00320021081

Benar-benar telah telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:


1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.


Kendari, 26 April 2024
Ketua Jurusan Keperawatan


Abd. Syukur Bau, S.Kep, Ns, MM
NIP.197312081998031001

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Lampiran 10. Surat Keterangan Bebas Pustaka



**Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kendari**

Jalan A.H Nasution No.G-14 Anduonohu,
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231
(0401) 3190492
<https://poltekkeskendari.ac.id>

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA
NO: KM.06.02/1/ 069 /2024


Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Nurapni Oktavia
NIM : P00320021081
Tempat Tgl. Lahir : Moramo, 25 April 2003
Jurusan : D-III Keperawatan
Alamat : Kec. Kadia, Kota Kendari

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2024.

Kendari, 19 Juni 2024
Kepala Unit Perpustakaan Terpadu
Politeknik Kendari



Irmayanti Tahir, S.I.K
NIP. 197509141999032001

Dokumentasi Tindakan

Hari Pertama (Selasa, 28 Mei 2024)



Hari Kedua (Rabu, 29 April 2024)



Hari Ketiga (30 Juni 2024)

