

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Pasien

1. Identitas Pasien

Ibu S umur 69th diagnosa medis yaitu recent IMA dengan No. MR 05237416 jenis kelamin perempuan yang dikaji pada tanggal 22 desember 2022 dengan berat badan 50 kg, beragama islam yang sudah menikah, sekolah terakhir SD dan pekerjaan adalah pensiunan, dan alamat rumah Jl. Mulyo Pranoto RT 2 Desa Loasumber, Loakulu.

2. Keluhan Utama

a. Saat MRS (21-12-2022 jam 03.00)

Klien mengatakan sesak napas sejak 3 hari yang lalu dan nyeri dada ketika batuk.

b. Saat Pengkajian (22-12-2022 jam 14.00)

Klien mengatakan nyeri di area dada kirinya yang timbul saat batuk rasanya seperti di tekan dengan skala 4 hilang timbul durasi 10-15 detik, klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya dan harapannya adalah ingin nyeri cepat menurun. Klien juga mengatakan ada batuk dan sesak berkurang.

c. Alasan di rawat di ICCU

Klien mengatakan karena memiliki riwayat jantung dan nyeri dada masih sering timbul.

3. *Primary Survey*

a. *Air Way*

Pasien batuk dan terdapat suara tambahan ronkhi.

b. *Breathing*

RR = 26 x/menit, sianosis = tidak terdapat sianosis, SPO₂ = 97%

Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, ada retraksi dinding dada.

c. *Circulation*

TD = 115/74 mmHg , Nadi = 73x/menit, RR = 26x/menit, T = 36,3°C,

MAP = 88 mmHg.

d. *Fluid*

Klien diberikan makanan rumah sakit 3x/hari, porsi yang diberikan RS habis tiga perempat.

Terapi cairan : Nacl 0,9% 7tetes permenit, SP Furosemide ,
Ceftriaxone 2x1, Arixtra 1x25mg

Terapi obat : Atorvastatin 1x40 mg, Clopidogrel Bisulfat (CPG) 75 mg
1x1, Isosorbide Dinitrate (ISDN), Candesartan 1x8mg, Aspilet 1x1,
Acetylcysteine 3x1, Codein 3x10mg, Pulmicort 3x1

4. *Secondary Survey*

a. *Brain*

Klien dengan betuk kepala bulat, pupil isokor, ekspresi wajah yaitu gelisah dengan GCS E4M6V5, CRT <2 detik, tingkat kesadaran compos mentis.

b. *Breathing*

Klien ada batuk dengan sedikit sesak, tidak ada nyeri saat bernapas dan tidak ada cuping hidung.

c. *Blood*

Nyeri dada hilang timbul, hematuria dan tidak ada pusing.

d. *Bladder*

Nyeri pinggang tidak ada, hematuria dan klien menggunakan pampers.

e. *Bowel*

Tidak ada masalah dengan BAB, tidak ada kembung dan bising usus 8x/menit.

f. *Bone*

Tidak ada nyeri otot/tulang, tidak ada kaku pada sendi, tidak ada bengkak, klien dapat bergerak tetapi hanya di tempat tidur, dan merasa sedikit terganggu karena terpasang infus.

5. Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan Menurut Gordon

a. Genogram

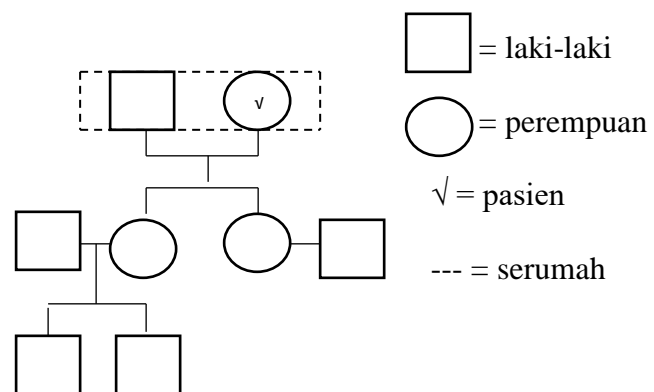


Table 1. Genogram

b. Pola Persepsi Kesehatan-Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan tidak puas dengan status kesehatan saat ini karena masuk ke rumah sakit dan menjaga kesehatan itu sangat penting. Klien

mengatakan agak sedikit cemas dengan penyakit yang di deritanya. Klien mengatakan jarang mengontrol penyakitnya/kesehatannya ke pelayanan kesehatan.

c. Pola Nutrisi-Metabolik

BB klien saat pengkajian : 50 kg

Tinggi badan : 150 cm

IMT : $\frac{50}{1,5 \times 1,5} = 22$ (Normal)

Klien memiliki riwayat alergi makanan ikan laut dan telur. Sebelum sakit : klien mengatakan frekuensi makan 2x/hari dan menghabiskan porsinya.

Selama sakit : Klien mengatakan porsi makanan $\frac{3}{4}$ dan makan sedikit sedikit tapi sering. Klien tidak ada mual dan muntah.

d. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB/hari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Untuk BAK 5-6x/hari berwarna kuning.

Selama sakit : klien mengatakan ada BAB/hari tadi pagi dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Untuk BAK klien hematuria 600 cc/7jam.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Table 2. Pola Aktivitas dan Latihan

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan / minum					
Mandi					

Toileting					
Berpakaian					
Mobilisasi di tempat tidur					
berpindah					
Ambulasi/ROM					

Keterangan :

0 = mandiri

1 = alat bantu

2 = dibantu orang lain

3 = dibantu orang lain dan alat

4 = tergantung total

f. Pola Percetual

- 1) Penglihatan : Klien dapat melihat dengan baik, klien tidak menggunakan alat bantu kaca mata, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor.
- 2) Pendengaran : Klien dapat mendengar baik, fungsi telinga kiri dan kanan baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
- 3) Pengecapan : Klien tidak ada masalah dengan pengecapannya dan dapat membedakan rasa manis,asin,asam,pahit.
- 4) Penciuman : Klien tidak ada gangguan dengan aroma.
- 5) Sensasi : Klien dapat merasakan panas dan dingin.

g. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8jam/hari. Klien mengatakan tidak ada masalah dengan tidurnya.

Selama sakit : klien mengatakan sering terbangun jika batuk. Klien mengatakan tidur tadi malam hanya 5jam tetapi ada tidur siang 1jam. Klien juga mengatakan sedikit gelisah.

h. Pola persepsi kognitif

Klien mengatakan mampu berkomunikasi dengan jelas dan suara jelas, klien mengatakan tidak mengalami gangguan pancaindra semua masih berfungsi dengan baik. Klien mengatakan tidak memperhatikan penyakitnya yang dialaminya. Klien belum mengetahui banyak tentang penyakitnya.

i. Pola persepsi konsep diri

- 1) Body image : Klien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya.
- 2) Ideal diri : Klien menjanjikan kewajiban sebagai istri dan ibu dengan baik
- 3) Harga diri : Klien mengatakan ingin cepat sehat
- 4) Peran : Klien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu dari kedua anaknya.
- 5) Identitas diri : Klien mengatakan seorang perempuan yang sudah menikah.

j. Pola Seksual dan Reproduksi

Klien mengatakan sudah menikah dan menopause.

k. Pola Peran dan Hubungan

Ibu S berperan sebagai istri dan ibu dari kedua anaknya, klien mengatakan hubungan dengan suami dan anak-anaknya sangat baik. Klien sekarang hanya tinggal berdua dengan suami di rumah. Anak-

anaknya sudah menikah dan tinggal bersama keluarga kecilnya. Klien masih berhubungan baik dengan anaknya melalui via telepon.

l. Pola Koping dan Toleransi Stress

Klien mengatakan hanya ingin fokus untuk menjaga kesehatannya.

Klien tampak cemas karena masuk di ruang ICCU.

m. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Klien selama di rumah sakit tidak bisa sholat tetapi klien slalu berdoa untuk kesembuhannya.

6. *Head to Toe Assesment*

a. Kepala : Tidak anemis

b. Mata : Palpebra tidak menghitam, sclera tidak ikterik, pupil isokor, tidak ada penyempitan lapang pandang

c. Telinga : bersih, pendengaran baik

d. Hidung : bersih tidak ada sekret

e. Mulut : mukosa bibir lembab

f. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis

g. Dada :

1) Paru-paru

Inspeksi : simetris, terdapat retraksi dinding dada

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara sonor lapang paru kiri dan kanan

Auskultasi : suara tambahan ronkhi

2) Jantung

Inspeksi : simetris, terlihat pembesaran jantung

Palpasi : ictus cordis teraba di Mid Clavikularis Sinistra ICS 5

Perkusi : didapatkan suara pekak dengan batas atas jantung terletak pada ICS 3

Auskultasi : suara jantung terdengar S1 S2

3) Abdomen

Inspeksi : tidak terdapat distensi abdomen

Auskultasi : peristaltik usus 8x/menit

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : timpani

h. Genitalia : tidak ada masalah dengan genitalia klien

i. Ekstremitas : kekuatan otot ekstremitas atas 5 dan bawah 5. Akral hangat, turgor kulit <2detik, CRT <2detik, dan tidak ada pitting edem.

5555	5555
5555	5555

7. Skala Northon

Table 3. Skala Northon

Penilaian	4	3	2	1
Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
Mobilisasi	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu
Inkontinensia	Kontinensia	Kadang	Selalu	Inkontinensia urine
Skor	2	2		1
Total skor	15			

Keterangan :

Skor <14 : risiko tinggi terjadinya ulkus decubitus

Skor <12 : Peningkatan risiko 50x lebih besar terjadinya ulkus decubitus

Skor 12-13 : Risiko sedang

Skor >14 : Risiko kecil

8. Skala Indeks Barthel

Table 4. Skala Indeks Barthel

Aktivitas	Elemen Penilaian	Skor
Makan	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	2
Mandi	0 = tergantung orang lain 1 = mandiri	0
Perawatan diri	0 = tergantung orang lain 1 = mandiri	0
Berpakaian	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	1
Buang air besar	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	1
Buang air kecil	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	0
Penggunaan kamar mandi/toilet	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	0
Berpindah tempat (dari tempat tidur ke tempat duduk atau sebaliknya)	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan kecil (1 orang) 3 = mandiri	0
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan kecil (1 orang) 3 = mandiri	0
Menaiki/menuruni tangga	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	0
TOTAL SKOR		4

Keterangan :

20 = mandiri

12-19 = ketergantungan ringan

9-11 = ketergantungan sedang

5-8 = ketergantungan berat

0-4 = **ketergantungan total**

9. Nyeri

O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya

P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk

Q = Seperti di tekan

R = Dada kiri

S = Skala 4

T = Hilang timbul durasi 10-15 detik

U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya

V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun

10. Skala Morse

Table 5. Skala Morse

Pengkajian	Skala	Nilai	
Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir ?	Tidak Ya	0 25	0
Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak Ya	0 15	15
Alat bantu jalan : 1. Bed rest/dibantu perawat 2. Kruk/tongkat/walker 3. Berpegangan pada benda-benda di sekitar		0 15 30	0
Terapi intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus ?	Tidak Ya	0 20	20
Gaya berjalan/cara berpindah : n. bed rest/immobile o. Lemah p. Gangguan/tidak normal (pincang)		0 10 20	10
Status mental q. Lansia menyadari kondisi dirinya r. Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		0 15	0
TOTAL SKOR			45

Keterangan :

0-24 = tidak berisiko

25-50 = risiko rendah

>51 = risiko rendah

11. Pemeriksaan Penunjang

a) Laboratorium Klinik 21 Desember 2022

Table 6. Pemeriksaan Penunjang; Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	13,3	gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
Hematokrit	40	Vol %	P 40-48 – W 37-43
Leukosit	11.400	/mm ³	5.000-10.000
Granulosit	47,3	%	50-70
Limfosit	44,3	%	20-40
Monosit	8,4	%	2-8
Thrombosit	289.000	/mm ³	150.000-450.000
Glukosa Sewaktu	396	mg/dl	60-150
SGOT	46	U/L	P<35 – W<31
SPGT	24	U/L	P<41 – W<31
Ureum	38	mg/dl	17-43
Creatinin	1,1	mg/dl	P 0,7-1,2 – W 0,5-0,9
Na ⁺	133	mmol/L	135-155
K ⁺	4,1	mmol/L	3,4-5,3
Cl ⁻	102	mmol/L	98-106
HBSAG	Negatif	Negatif	

b) EKG

- 1) Tanggal 22/12/2022 : Sinus bradikardia
- 2) Tanggal 23/12/2022 : Irama sinus rhythm dan Segmen ST elevasi di lead V1-V4 (Stemi Anteroseptal)

c) Laboratorium Mikrobiologi Klinik

Hasil Pemeriksaan Microscopik : SALIVA

Ditemukan Sel Leukosit ≤ 25 , Sel Epitel ≥ 10

12. Program terapi/pengobatan

Terapi obat : Atorvastatin 1x40 mg, Clopidogrel Bisulfat (CPG) 1x1,
Isosorbid Dinitrat (ISDN), Candesartan 1x8mg, Aspilet 1x1,
Asetilsistein 3x1, Codein 3x10mg, Pulmicort 3x1

Terapi cairan : Nacl 0,9% 7tpm, SP Furosemide , Ceftriaxone 2x1,
Arixtra 1x25mg

B. Analisa Data

Table 7. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds :</p> <p>O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya</p> <p>P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk</p> <p>Q = Seperti di tekan</p> <p>R = Dada kiri</p> <p>S = Skala 4</p> <p>T = Hilang timbul durasi 10-15 detik</p> <p>U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya</p> <p>V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun</p> <p>DO :</p> <p>Ekspresi gelisah dan tampak menahan sakit</p> <p>TTV :</p> <p>TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97%</p> <p>Terapi obat : aspilet, isosorbid dinitrat, codein</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (Iskemia)</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada dadanya</p> <p>Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahunan</p> <p>Klien mengatakan masih ada sesak</p> <p>Klien mengatakan ada batuk</p> <p>DO :</p> <p>TTV :</p>	<p>Perubahan irama jantung</p>	<p>Penurunan Curah Jantung</p>

	<p>TD = 115/74 mmHg, N = 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97%, MAP = 88 mmHg, Nadi irreguler, CRT <2detik, akral hangat</p> <p>Terapi obat : CPG, ISDN, candesartan, furosemide, arixtra</p> <p>EKG = Sinus bradikardia (22/12/22)</p>		
3.	<p>Ds : Klien mengatakan ada batuk Klien mengatakan sesak berkurang</p> <p>DO : Terdengar suara tambahan ronkhi Terdapat retraksi dinding dada Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm TTV : RR = 26 x/menit, SPO2 = 97%</p> <p>Terapi obat : codein, pulmicort</p>	Spasme jalan napas	Bersihkan jalan napas
4.	<p>DS : Klien mengatakan ada sesak tapi berkurang Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur</p> <p>DO : Pola Aktivitas/Latihan ; Toileting, Mandi, Berpindah di bantu orang dan alat</p> <p>TTV : TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97%</p> <p>Klien terpasang infus dan kateter.</p>	Tirah baring	Penurunan toleransi aktivitas
5.	<p>DS : Tidak ada</p> <p>DO : BAK hematuria</p> <p>Terapi obat : aspilet</p>	Gangguan koagulasi	Risiko perdarahan
6	<p>DS : Klien mengatakan sering terbangun jika batuk Klien mengatakan tidur tadi malam hanya 5jam Klien juga mengatakan tidur sedikit gelisah</p> <p>DO : Kantong mata tampak sedikit hitam Klien tampak sedikit gelisah</p>	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
7.	<p>DS : Klien mengatakan sedikit pusing</p> <p>DO : GDS = 21/12/22 = 396 mg/dl 22/12/22 = 156 mg/dl</p>	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

8.	<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <p>Skala morse = 45 (risiko rendah), kekuatan otot menurun, kelamaan tirah baring</p> <p>Terapi obat : Isosorbide dinitrate, codein, candesartan</p>	Efek agen farmakologis	Risiko jatuh
9.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan agak sedikit cemas dengan penyakit yang di deritanya.</p> <p>Klien mengatakan jarang mengontrol penyakitnya / kesehatannya ke pelayanan kesehatan.</p> <p>Klien ingin cepat sehat</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak gelisah</p> <p>Klien sulit tidur</p> <p>HARS = kecemasan ringan</p>	Hospitalisasi	Ansietas
10.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan tidak memperhatikan penyakitnya yang dialaminya.</p> <p>Klien belum mengetahui banyak tentang penyakitnya.</p> <p>DO :</p> <p>-</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
11.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan hanya tinggal berdua dengan suaminya dirumah, anak-anaknya tinggal bersama dengan keluarga kecilnya.</p> <p>DO :</p> <p>-</p>	Penyakit Jantung	Kesiapan peningkatan koping keluarga
12.	<p>DS :</p> <p>Klien selama di rumah sakit tidak bisa sholat tetapi klien slalu berdoa untuk kesembuhannya dan klien juga mengatakan rutinitas biasanya beribadah di rumah.</p> <p>DO :</p> <p>-</p>	Perubahan Hidup	Risiko distress spiritual

C. Diagnosa Keperawatan Menurut Prioritas

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Iskemia)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung
3. Bersihan jalan napas berhubungan dengan spasme jalan napas
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
5. Penurunan toleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring
6. Risiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
8. Risiko jatuh ditandai dengan efek agen farmakologis
9. Ansietas berhubungan dengan hospitalisasi
10. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi
11. Kesiapan peningkatan coping keluarga berhubungan dengan penyakit jantung
12. Risiko distress spiritual ditandai dengan perubahan hidup

D. Intervensi Keperawatan

Table 8. Intervensi

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Iskemia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Tingkat Nyeri (L.08066) dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan Nyeri dari skala 1 ke 4 2. Meringis dari skala 2 ke 4 3. Gelisah dari skala 2 ke 4 4. Kesulitan tidur dari skala 1 ke 4 Keterangan : 1 = Meningkatkan 2 = Cukup Meningkatkan 3 = Sedang 4 = Cukup Menurun 5 = Menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1.3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat refleksi kaki) 1.4. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1.5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1.8 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Curah Jantung (L.02008) dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer Ejection fraction (EF) dari skala 2 ke 4 2. Bradikardia dari skala 2 ke 4 3. Takikardia dari skala 2 ke 4 4. Lelah dari skala 2 ke 4 5. Dispnea dari skala 2 ke 4 6. Batuk dari skala 1 ke 4	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 3.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (Dispnea, kelelahan, orthopnea) 3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, hepatomegali, oliguria) 3.3 Monitor tekanan darah 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor saturasi oksigen 3.6 Monitor aritmia (Kelainan irama dan frekuensi)

		<p>Keterangan :</p> <p>1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <p>3.7 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>3.8 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.10 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
3.	Bersihkan jalan napas berhubungan dengan spasme jalan napas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Bersihkan Jalan Napas (L.01001) dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Produksi sputum dari 2 ke 4 2. Dispnea dari 2 ke 4 3. Gelisah dari 2 ke 4 4. Frekuensi napas dari 2 ke 4</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun</p>	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>3.2 Monitor bunyi napas tambahan (ronkhi kering)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>3.4 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.5 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
4.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Pusing dari 2 ke 4 2. Lelah/lesu dari 2 ke 4</p>	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p> <p>4.2 Monitor input dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Berikan asupan cairan</p>

		<p>3. Kadar glukosa darah dari 1 ke 4 Keterangan : 1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun</p>	<p>4.4 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 4.5 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4.6 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) Kolaborasi 4.7 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 4.8 Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p>
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 8 Jam diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan lelah dari 2 ke 4 2. Dispnea saat aktivitas dari 2 ke 4 3. Dispnea setelah aktivitas dari 2 ke 4 Keterangan : 1 = Meningkat 2 = Cukup Meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup Menurun 5 = Menurun</p>	<p>Manajemen Energi (I.05178) Observasi 5.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 5.2 Monitor kelelahan fisik 5.3 Monitor pola jam tidur Terapeutik 5.4 Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 5.5 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 5.6 Anjurkan tirah baring Kolaborasi 5.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p>
6.	Risiko perdarahan ditandai dengan gangguan koagulasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Tingkat Perdarahan (L.02017) dapat meningkat dengan kriteria hasil : i. Hematuria dari 1 ke 4 Keterangan :</p>	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi 6.1 Monitor tanda dan gejala perdarahan 6.2 Monitor koagulasi Terapeutik 6.3 Pertahankan bedrest selama perdarahan</p>

		<p>1 = meningkat 2 = cukup meningkat 3 = sedang 4 = cukup menurun 5 = menurun</p>	<p>Edukasi 6.4 Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 6.5 Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan Kolaborasi 6.6 Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</p>
7.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan masalah Pola Tidur (L.05045) dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur dari 1 ke 4 2. Keluhan tidak puas tidur dari 2 ke 4 <p>Keterangan : a. = menurun b. = cukup menurun c. = sedang d. = cukup meningkat e. = meningkat</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174) 7.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur 7.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 7.3 Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 7.4 Jelaskan pentingnya tidur selama sakit 7.5 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p>

E. Intervensi Inovasi

Mengurangi intensitas nyeri dada pada pasien infark miokard akut dengan menggunakan intervensi inovasi pijat refleksi kaki.

Menurut Adiguna (2017) pijat refleksi dapat membuat badan terasa rileks, pemijatan pada titik-titik refleksi pada kaki mampu melancarkan peredaran darah dalam tubuh, titik yang dipijat di telapak kaki dapat memberikan energi dalam badan yang sedang sakit dan dengan *energy* tersebut organ di dalam tubuh akan bekerja secara optimal.

Penelitian yang dilakukan oleh Hariyanto (2015) yang membahas tentang *foot massage* terhadap intensitas nyeri pada pasien infark miokard akut menyimpulkan bahwa pada pasien infark miokard akut yang diberikan 4 kali 20 menit dalam 2 hari bersama pengobatan standart dapat memberikan berpengaruh terhadap Intensitas Nyeri pada kelompok perlakuan 94% menurun skala ringan.

Intervensi yang dilakukan pada Ibu S dilakukan selama 4 kali dalam 20 menit pada pukul 14.15 WITA. Pengukuran penilaian nyeri dengan menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intervensi selama 3hari berturut-turut untuk melihat keefektifan terapi yang telah dilakukan.

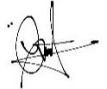
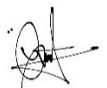
Table 9. Intervensi Inovasi

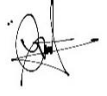

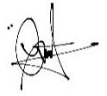
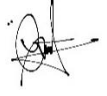
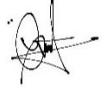
No.	Diagnosa	Intervensi Inovasi	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Terapi pijat refleksi kaki untuk menurunkan nyeri. Dilakukan pada tanggal :	<p>Pengkajian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baca status klien. 2. Kaji rasa nyeri yang muncul, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas dan kualitas nyeri. 3. Pantau keadaan klinis klien. 4. Diagnosa keperawatan yang sesuai : nyeri akut / kronis berhubungan dengan agen pencedera fisik/kimiawi./fisiologis. <p>Fase pre interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mempersiapkan pasien dan lingkungan ; alat skala nyeri dan minyak zaitun. 6. Mencuci tangan. <p>Fase orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Memberi salam dan menyapa nama klien 8. Memperkenalkan diri 9. Melakukan kontrak 10. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 11. Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan 12. Mendekatkan alat-alat <p>Fase kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Menanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada klien 14. Membaca “Basmallah” dan menjaga privasi klien 15. Tempatkan pasien pada posisi yang dirasa nyaman dan menyenangkan 16. Letakan alas yang cukup besar dibawah kaki klien. 17. Tangkupkan telapak tangan kita disekitar sisi kaki kanannya. 18. Rilekskan jari-jari serta tangan kedepan dan ke belakang dengan cepat. 19. Biarkan tangan tetap memegang atas kaki. 20. Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut tarik kaki kearah pemijat mulai dari tumit. Dengan gerakan oval kaki beberapa kali ke setiap arah. 21. Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada diatas dan telunjuk dibagian bawah. 22. Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekananurut-urut otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantaranya urat-urat otot dengan ibu jari. Ulangi gerakan ini pada tiap lekukan. 23. Pegang tumit kaki dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama : letakkan ibu jari pemijar diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain. <p>Fase Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. Membaca hamdalah. 25. Mengevaluasi respon klien memberi reinforcement positif. 26. Memberi kontak pertemuan selanjutnya. 27. Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa 28. Merapikan alat. 29. Mencuci tangan. <p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 30. Evaluasi rasa nyeri dengan skala. 31. Evaluasi respon klinis klien. <p>Dokumentasi</p>

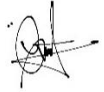
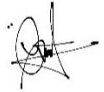
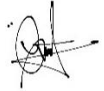
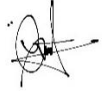
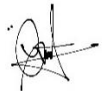
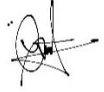
			<p>32. Catat waktu pelaksanaan.</p> <p>33. Catat obat yang digunakan pada klien</p>
--	--	--	---

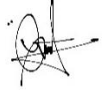
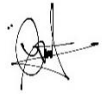
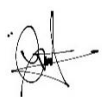
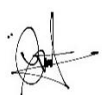
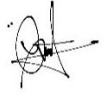
F. Implementasi Keperawatan

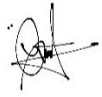
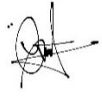
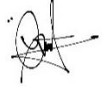
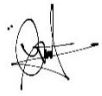
Table 10. Implementasi








No.	Hari/tanggal/jam	DX	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1	Kamis, 22/12/2022 14.00	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S : O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q = Seperti di tekan R = Dada kiri S = Skala 4 T = Hilang timbul durasi 10-15 detik U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun O : Ekspresi gelisah dan tampak menahan sakit TTV : TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97%	
	14.15		1.3 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat refleksi kaki) 1.4 Memfasilitasi istirahat dan tidur	S : Klien mengatakan merasa lebih rileks setelah di berikan terapi ini. O : Gelisah klien berkurang Skala nyeri dari 4 menjadi 3	

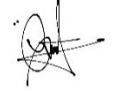
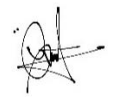
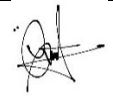
14.35			S : Klien mengatakan sering terbangun, terganggu dengan batuknya. O : keadaan umum = sedang, kesadaran = compos mentis.	
14.40 14.50	2	2.1 Memonitor tekanan darah 2.2 Memonitor saturasi oksigen 2.7 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman	S : - O : TD = 133/60 mmHg, SPO2 = 98% S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini (semi fowler) O : Klien tampak lebih rileks	 
15.00 15.15	3	3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 3.2 Memonitor bunyi napas tambahan 3.3 Memberikan oksigen 3.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	S : Klien mengatakan ada batuk Klien mengatakan sesak berkurang O : Terdengar suara tambahan ronkhi Terdapat retraksi dinding dada TTV : RR = 26 x/menit, SPO2 = 97% S : Klien mengatakan sesak berkurang O : Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm TTV : RR = 26 x/menit, SPO2 = 97% S : Klien mengatakan sesak berkurang dan batuk masih ada O : Pemberian terapi pulmicort	 

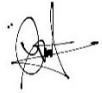
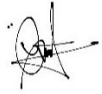
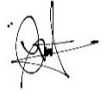

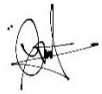
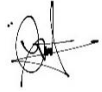
		(Nebulizer)	TTV : RR = 24x/menit, SPO2 = 98%	
16.00	4	4.1 Memonitor kadar glukosa darah	S : - O : GDS : 156 mg/dl	
14.00		4.2 Memonitor input dan output cairan	S : - O : Input = 509 cc Output = 745 cc Balance = 509 – 745 = (-) 236 cc	
15.30	5	5.2 Memonitor kelelahan fisik 5.3 Memonitor pola jam tidur	S : Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur Klien mengatakan tidur sering terganggu karena batuk O : Keadaan umum : sedang, kesadaran : compos mentis	
15.40		5.5 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat ini O : -	
20.00	6	6.1 Memonitor tanda dan gejala perdarahan	S : Klien mengatakan tidak merasa sakit jika kencingnya berdarah O : -	
20.10		6.3 Mempertahankan bedrest selama perdarahan	S :	

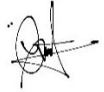
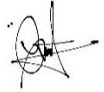
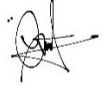
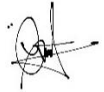
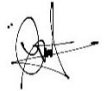
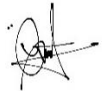
	20.30		6.5 Menganjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan	<p>Klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi saat ini.</p> <p>O : keadaan umum = sedang, kesadaran = compos mentis</p> <p>S : -</p> <p>O : Terapi arixtra ditunda.</p>	 
	20.40 20.45	7	<p>7.1 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>7.2 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>7.3 Menetapkan jadwal tidur rutin</p>	<p>S : Klien mengatakan yang mengganggu tidurnya adalah batuk</p> <p>O : Klien tampak lelah</p> <p>S : Klien mengatakan ingin tidur jam 10</p> <p>O :-</p>	 
2	Jumat, 23/12/22 08.00	1	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>S : O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q = Seperti di tekan R = Dada kiri S = Skala 4 T = Hilang timbul durasi 10-15 detik U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun</p> <p>O : Ekspresi gelisah berkurang</p>	

09.00		1.3 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat refleksi kaki)	<p>TTV : TD = 110/55 mmHg, 76 x/menit, RR = 25 x/menit, T = 36,1°C, SPO2 = 98%</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang karena pijat refleksi kaki</p> <p>O : Skala dari 4 ke 3</p>	
09.15		1.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Memonitor bunyi napas tambahan	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak sesak Batuk masih ada tetapi kurang</p> <p>O : Terdapat retraksi dinding dada</p> <p>TTV : RR = 25 x/menit, SPO2 = 98%</p>	
09.20	2	1.4 Memberikan oksigen 2.7 Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Nebulizer)	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak sesak</p> <p>O : Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</p> <p>TTV : RR = 25 x/menit, SPO2 = 98%</p> <p>S : Klien mengatakan sesak tidak ada dan batuk masih berkurang</p> <p>O : Pemberian terapi pulmicort</p> <p>TTV : RR = 24x/menit, SPO2 = 98%</p>	 

11.00		3.3 Memonitor tekanan darah 3.4 Memonitor saturasi oksigen	S : - O : TD = 133/60 mmHg, SPO2 = 98%	
11.15	3	3.11 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman	S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini (semi fowler) O : Klien tampak lebih rileks	
11.30		4.1 Memonitor kadar glukosa darah	S : - O : GDS : 145 mg/dl	
13.30	4	4.2 Memonitor input dan output cairan	S : - O : Input = 670 cc Output = 820 cc Balance = 509 – 745 = (-) -200 cc	
12.00		5.1 Memonitor pola jam tidur	S : Klien mengatakan tidi malam tidak terbangun, batuk sudah mulai berkurang O : Keadaan umum : sedang, kesadaran : compos mentis	
12.15	5	5.6 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat ini dan tidak ingin mengubah posisi O : -	
13.15	6	6.1 Memonitor tanda dan gejala perdarahan	S : Klien mengatakan tidak merasa sakit jika kencingnya berdarah O : Hematuria berkurang	

12.00	7	7.1 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S :	
		7.2 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	Klien mengatakan tidi malam tidak terbangun, batuk sudah mulai berkurang	
12.20		7.3 Menetapkan jadwal tidur rutin	O :	
			Klien tampak mengantuk	
Sabtu, 24/12/2022	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S :	
14.00		1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q = Seperti di tekan R = Dada kiri S = Skala 3 T = Hilang timbul durasi 10-15 detik U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun	
14.15		1.4 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pijat refleksi kaki)	O :	
			Ekspresi tanpa gelisah TTV : TD = 110/55 mmHg, 76 x/menit, RR = 25 x/menit, T = 36,1°C, SPO2 = 99%	
			S :	
			Klien mengatakan nyeri berkurang karena pijat refleksi kaki	
			O :	

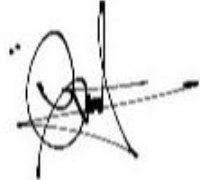
			Skala dari 3 ke 2	
14.20		1.3 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.4 Memonitor bunyi napas tambahan	S : Klien mengatakan sudah tidak sesak Batuk masih ada tetapi kurang O : TTV : RR = 22 x/menit, SPO2 = 99%	
14.30	2	1.5 Memberikan oksigen	S : Klien mengatakan sudah tidak sesak O : Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm TTV : RR = 22 x/menit, SPO2 = 99%	
16.00		2.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Nebulizer)	S : Klien mengatakan sesak berkurang dan batuk masih ada O : Pemberian terapi pulmicort TTV : RR = 22x/menit, SPO2 = 99%	
16.00	3	3.5 Memonitor tekanan darah 3.6 Memonitor saturasi oksigen 3.11 Memosisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman	S : - O : TD = 128/66 mmHg, SPO2 = 99% S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini (semi fowler) O : Klien tampak rileks	 

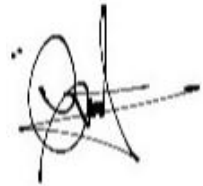
165.30		4.1 Memonitor kadar glukosa darah	S : - O : GDS : 134 mg/dl	
20.20	4	4.2 Memonitor input dan output cairan	S : - O : Input = 644 cc Output = 745 cc Balance = 509 – 745 = (-)101 cc	
16.15		4.5 Memonitor pola jam tidur	S : Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur Klien mengatakan tidur sering terganggu karena batuk O : Keadaan umum : sedang, kesadaran : compos mentis	
16.20	5	6 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat ini O : -	
16.20	6	5.1 memonitor tanda dan gejala perdarahan	S : Klien mengatakan tidak merasa sakit jika kencingnya berdarah O : bak kuning, tidak hematuria	
20.20		7.1 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S :	
	7	7.2 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	S : Klien mengatakan hari ini tidur cukup, yaitu tidur siang dan tidak terganggu lagi tidur tadi malam O :-	
20.30		7.3 Menetapkan jadwal tidur rutin	S : Klien mengatakan mengantuk	

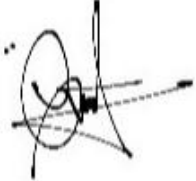
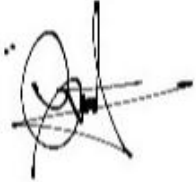
				O : Klien jam 9 sudah tertidur	
--	--	--	--	-----------------------------------	---

G. Evaluasi

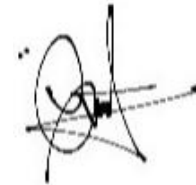
Table 11. Evaluasi

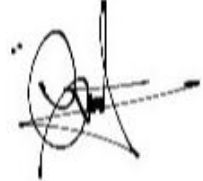
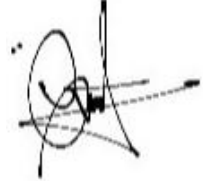
No.	Dx	Tgl/jam	Evaluasi	Paraf																
1.	1	22/12/2022	<p>S :</p> <p>O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya</p> <p>P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk</p> <p>Q = Seperti di tekan</p> <p>R = Dada kiri</p> <p>S = Skala 3</p> <p>T = Hilang timbul durasi 10-15 detik</p> <p>U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya</p> <p>V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun</p> <p>O :</p> <p>Ekspresi gelisah dan tampak menahan sakit</p> <p>TTV :</p> <p>TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97%</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan nyeri	1	2	4	Meringis	2	2	4	Gelisah	2	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																	
Keluhan nyeri	1	2	4																	
Meringis	2	2	4																	
Gelisah	2	3	4																	

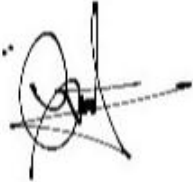
			Kesulitan tidur	1	2	4	
			Masalah belum teratasi				
			P :Lanjutkan Intervensi				
			1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri				
			1.2 Mengidentifikasi skala nyeri				
			1.3 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri				
			S :				
			Klien mengatakan nyeri pada dadanya				
			Klien mengatakan masih ada sesak				
			Klien mengatakan ada batuk				
			O :				
			TTV :				
			TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C,				
			SPO2 = 97%				
			A :				
			SLKI	SB	SS	TG	
			Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)	2	3	4	
			Bradikardia	2	2	4	
			Takikardia	2	2	4	
			Lelah	2	3	4	
			Dispnea	2	2	4	
			batuk	1	1	4	
			Masalah belum teratasi				
			P : Lanjutkan intervensi				
			2.1 Memonitor tekanan darah				
			2.2 Memonitor saturasi oksigen				

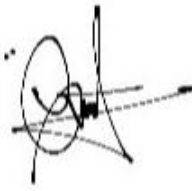
	3		<p>2.3 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>S : Klien mengatakan ada batuk Klien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O : Terdengar suara tambahan ronkhi Terdapat retraksi dinding dada Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm</p> <p>TTV : RR = 26 x/menit, SPO2 = 97%</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 703 1561 834"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>3.2 Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>3.5 Memberikan oksigen</p> <p>3.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Nebulizer)</p> <p>S : Klien mengatakan menjaga pola makannya dan klien juga mengatakan mudah lelah</p> <p>O : GDS = 156 mg/dl</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 1297 1561 1359"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	SB	SS	TG	Dispnea	2	2	4	Gelisah	1	2	4	Frekuensi napas	2	3	4	SLKI	SB	SS	TG	Pusing	2	2	4	 
SLKI	SB	SS	TG																									
Dispnea	2	2	4																									
Gelisah	1	2	4																									
Frekuensi napas	2	3	4																									
SLKI	SB	SS	TG																									
Pusing	2	2	4																									
	4																											

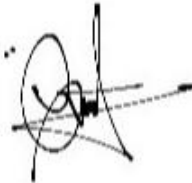
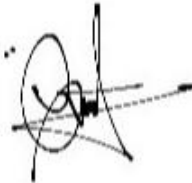
			Lelah	2	2	4													
			Kadar glukosa darah	1	2	4													
5			Masalah belum teratasi																
			<p>P :</p> <p>4.1 monitor kadar glukosa darah</p> <p>4.2 monitor input dan output cairan</p> <p>4.4 konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan tidi malam tidak terbangun, batuk sudah mulai berkurang</p> <p>Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat ini dan tidak ingin mengubah posisi</p> <p>O :</p> <p>Pola Aktivitas/Latihan ; Toileting, Mandi, Berpindah di bantu orang dan alat</p> <p>TTV :</p> <p>TD = 110/55 mmHg, 76 x/menit, RR = 25 x/menit, T = 36,1°C, SPO2 = 98%</p> <p>Klien terpasang infus dan kateter.</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea saat aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea setelah aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>				SLKI	SB	SS	TG	Keluhan lelah	3	4	4	Dispnea saat aktivitas	2	3	4	Dispnea setelah aktivitas
SLKI	SB	SS	TG																
Keluhan lelah	3	4	4																
Dispnea saat aktivitas	2	3	4																
Dispnea setelah aktivitas	2	3	4																
			<p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>4.2 Memonitor kelelahan fisik</p> <p>4.3 Memonitor pola jam tidur</p> <p>4.5 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>																



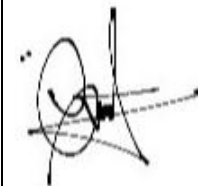
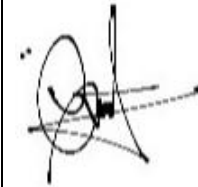
	6		<p>S : Tidak ada O : BAK hematuria A :</p> <table border="1" data-bbox="898 459 1561 523"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hematuria</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi P :Lanjutkan Intervensi 6.1 Memonitor tanda dan gejala perdarahan 6.3 Mempertahankan bedrest selama perdarahan 6.5 Menganjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p>	SLKI	SB	SS	TG	Hematuria	1	1	4					
SLKI	SB	SS	TG													
Hematuria	1	1	4													
	7		<p>S : Klien mengatakan sering terbangun jika batuk Klien mengatakan tidur tadi malam hanya 5jam Klien juga mengatakan tidur sedikit gelisah O : Klien tampak gelisah dan kantong mata sedikit menghitam A :</p> <table border="1" data-bbox="898 927 1561 1023"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi P : 7.3 tetapkan jadwal rutin 7.4 jelaskan pentingnya tidur selama sakit</p>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan sulit tidur	1	2	4	Keluhan tidak puas tidur	2	2	4	
SLKI	SB	SS	TG													
Keluhan sulit tidur	1	2	4													
Keluhan tidak puas tidur	2	2	4													

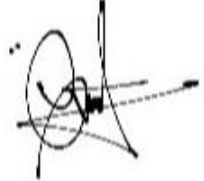
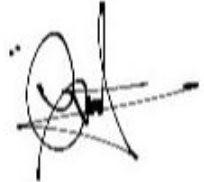
2.	1	23/12/2022	<p>S : O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q = Seperti di tekan R = Dada kiri S = Skala 3 T = Hilang timbul durasi 10-15 detik U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun</p> <p>O : Ekspresi gelisah berkurang TTV : TD = 110/55 mmHg, 76 x/menit, RR = 25 x/menit, T = 36,1°C, SPO2 = 98%</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 954 1559 1114"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :Lanjutkan Intervensi 3.7 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.8 Mengidentifikasi skala nyeri 3.9 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan nyeri	2	3	4	Meringis	2	4	4	Gelisah	2	3	4	Kesulitan tidur	2	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																					
Keluhan nyeri	2	3	4																					
Meringis	2	4	4																					
Gelisah	2	3	4																					
Kesulitan tidur	2	3	4																					

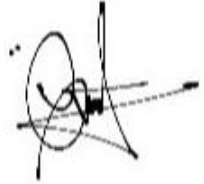
	2		<p>S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini (semi fowler)</p> <p>O : Klien tampak lebih rileks TD = 133/60 mmHg, SPO2 = 98%</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 552 1561 807"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Takikardia</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>batuk</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Memonitor tekanan darah 2.2 Memonitor saturasi oksigen 2.3 Memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>S : Klien mengatakan sesak tidak ada dan batuk masih berkurang</p> <p>O : TTV : RR = 24x/menit, SPO2 = 98%</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 1177 1561 1307"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p>	SLKI	SB	SS	TG	Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)	2	3	4	Bradikardia	2	2	4	Takikardia	2	2	4	Lelah	3	3	4	Dispnea	2	3	4	batuk	1	2	4	SLKI	SB	SS	TG	Dispnea	2	3	4	Gelisah	2	3	4	Frekuensi napas	3	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																																													
Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)	2	3	4																																													
Bradikardia	2	2	4																																													
Takikardia	2	2	4																																													
Lelah	3	3	4																																													
Dispnea	2	3	4																																													
batuk	1	2	4																																													
SLKI	SB	SS	TG																																													
Dispnea	2	3	4																																													
Gelisah	2	3	4																																													
Frekuensi napas	3	3	4																																													

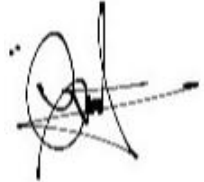
3		<p>P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 3.2 Memberikan oksigen 3.3 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Nebulizer)</p> <p>S : Klien mengatakan menjaga pola makannya</p> <p>O : GDS = 145 mg/dl</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="896 702 1556 837"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah belum teratasi</p>	SLKI	SB	SS	TG	Pusing	2	2	4	Lelah	2	3	4	Kadar glukosa darah	2	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																
Pusing	2	2	4																
Lelah	2	3	4																
Kadar glukosa darah	2	3	4																
4		<p>P : 4.1 monitor kadar glukosa darah 4.2 monitor input dan output cairan 4.4 konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>S : Klien mengatakan tadi malam tidak terbangun, batuk sudah mulai berkurang Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat ini dan tidak ingin mengubah posisi</p> <p>O : Keadaan umum : sedang, kesadaran : compos mentis</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="896 1324 1556 1364"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	SB	SS	TG													
SLKI	SB	SS	TG																

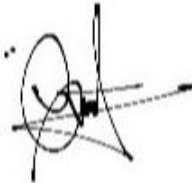
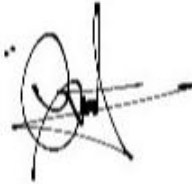
5			<table border="1"> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea saat aktivitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea setelah aktivitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table>	Keluhan lelah	2	3	4	Dispnea saat aktivitas	2	2	4	Dispnea setelah aktivitas	2	2	4	
	Keluhan lelah	2	3	4												
	Dispnea saat aktivitas	2	2	4												
	Dispnea setelah aktivitas	2	2	4												
			<p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor kelelahan fisik</p> <p>5.2 Memonitor pola jam tidur</p> <p>5.7 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>													
			<p>S :</p> <p>Klien mengatakan tidak merasa sakit jika kencingnya berdarah</p>													
			<p>O :</p> <p>BAK hematuria berkurang</p>													
			<p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hematuria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	SB	SS	TG	Hematuria	1	2	4					
	SLKI	SB	SS	TG												
	Hematuria	1	2	4												
			<p>Masalah sedikit teratasi</p> <p>P :Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.1 Memonitor tanda dan gejala perdarahan</p> <p>5.3 Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>5.5 Menganjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p>													
			<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sering terbangun jika batuk</p> <p>Klien mengatakan tadi malam tidak terbangun, batuk sudah mulai berkurang</p>													
			<p>O :</p> <p>Klien gelisah berkurang, Keadaan umum : sedang, kesadaran : compos mentis</p>													
			<p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan sulit tidur	2	3	4					
	SLKI	SB	SS	TG												
	Keluhan sulit tidur	2	3	4												

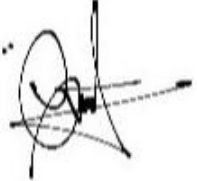
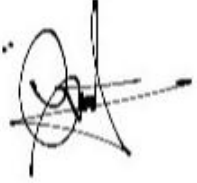


			<table border="1"> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah belum teratasi P : 7.3 tetapkan jadwal rutin 7.4 jelaskan pentingnya tidur selama sakit</p>	Keluhan tidak puas tidur	2	2	4	
Keluhan tidak puas tidur	2	2	4					
3.	1		<p>S : O = Klien mengatakan nyeri di area dadanya P = Klien mengatakan nyeri timbul saat batuk Q = Seperti di tekan R = Dada kiri S = Skala 2 T = Hilang timbul durasi 10-15 detik U = Klien mengatakan pernah merasakan ini sebelumnya V = Klien mengatakan harapannya ingin nyeri cepat menurun O : Ekspresi tanpa gelisah TTV : TD = 110/55 mmHg, 76 x/menit, RR = 25 x/menit, T = 36,1°C, SPO2 = 99%</p>					

2			<p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian P :Lanjutkan Intervensi 5.3 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.4 Mengidentifikasi skala nyeri 5.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini (semi fowler)</p> <p>O : Klien tampak lebih rileks TD = 133/60 mmHg, SPO2 = 98%</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bradikardia</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Takikardia</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>batuk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2.1 Memonitor tekanan darah 2.2 Memonitor saturasi oksigen 2.3 Memosisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki</p>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan nyeri	3	3	4	Meringis	4	4	4	Gelisah	3	4	4	Kesulitan tidur	3	4	4	SLKI	SB	SS	TG	Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)	3	3	4	Bradikardia	2	3	4	Takikardia	2	3	4	Lelah	3	4	4	Dispnea	2	3	4	batuk	2	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																																																	
Keluhan nyeri	3	3	4																																																	
Meringis	4	4	4																																																	
Gelisah	3	4	4																																																	
Kesulitan tidur	3	4	4																																																	
SLKI	SB	SS	TG																																																	
Kekuatan nadi perifer ejection fraction (EF)	3	3	4																																																	
Bradikardia	2	3	4																																																	
Takikardia	2	3	4																																																	
Lelah	3	4	4																																																	
Dispnea	2	3	4																																																	
batuk	2	3	4																																																	

	3		<p>ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>S : Klien mengatakan sesak tidak ada dan batuk masih berkurang</p> <p>O : TTV : RR = 24x/menit, SPO2 = 98%</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 520 1559 651"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>3.2 Memberikan oksigen</p> <p>3.3 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (Nebulizer)</p> <p>S : -</p> <p>O : GDS = 134 mg/dl</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 1050 1559 1181"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>4.1 monitor kadar glukosa darah</p> <p>4.2 monitor input dan output cairan</p>	SLKI	SB	SS	TG	Dispnea	3	4	4	Gelisah	3	4	4	Frekuensi napas	3	3	4	SLKI	SB	SS	TG	Pusing	2	4	4	Lelah	3	4	4	Kadar glukosa darah	3	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																																	
Dispnea	3	4	4																																	
Gelisah	3	4	4																																	
Frekuensi napas	3	3	4																																	
SLKI	SB	SS	TG																																	
Pusing	2	4	4																																	
Lelah	3	4	4																																	
Kadar glukosa darah	3	3	4																																	

	4		<p>S : Klien mengatakan ada sesak tapi berkurang Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur</p> <p>O : Pola Aktivitas/Latihan ; Toileting, Mandi, Berpindah di bantu orang dan alat TTV : TD = 115/74 mmHg, 73 x/menit, RR = 26 x/menit, T = 36,3°C, SPO2 = 97% Klien terpasang infus dan kateter.</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 675 1561 804"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea saat aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Dispnea setelah aktivitas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 5.6 Memonitor kelelahan fisik 5.7 Memonitor pola jam tidur 5.8 Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan lelah	3	4	4	Dispnea saat aktivitas	2	3	4	Dispnea setelah aktivitas	2	3	4	
SLKI	SB	SS	TG																	
Keluhan lelah	3	4	4																	
Dispnea saat aktivitas	2	3	4																	
Dispnea setelah aktivitas	2	3	4																	
	5		<p>S : Tidak ada</p> <p>O : BAK tidak hematuria, berwarna kuning jernih</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 1176 1561 1241"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hematuria</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi</p>	SLKI	SB	SS	TG	Hematuria	2	4	4									
SLKI	SB	SS	TG																	
Hematuria	2	4	4																	

	6		<p>S : Klien mengatakan hari ini tidur cukup, yaitu tidur siang dan tidak terganggu lagi tidur tadi malam</p> <p>O : Klien jam 10 sudah tertidur, keadaan umum = sedang</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="898 491 1561 587"> <thead> <tr> <th>SLKI</th> <th>SB</th> <th>SS</th> <th>TG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	SLKI	SB	SS	TG	Keluhan sulit tidur	3	4	4	Keluhan tidak puas tidur	2	4	4	 
SLKI	SB	SS	TG													
Keluhan sulit tidur	3	4	4													
Keluhan tidak puas tidur	2	4	4													
	7															