

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Kasus

##### 1. Kasus I

###### I. Identitas Klien

Dari hasil pengkajian pada tanggal 01 juni 2022 jam 08.15 wita, pada kasus ini diperoleh hasil yang didapatkan dengan cara *autoanamnese*, dimana penulis melakukan wawancara dan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, dan review catatan medis dan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa pasien Ibu B 67 tahun dengan No Mr: 145639, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, berstatus kawin, pendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar), pekerjaan IRT, alamat rumah : Jl. Diponegoro Rt.10 Kel. Berbas Tengah, Bontang, pasien masuk RS tanggal 01 juni 2022 jam 08.15 wita BB: 67 Kg. Pasien masuk dengan diagnosis medis DM + hipertensi.

###### II. Data Khusus

###### 1) Subjektif

###### a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada ulu hatinya dan pusing.

###### b. SAMPLE

###### a) *Sympton*

Pasien mengatakan nyeri ulu hatinya sudah 3 hari, menjalar ke punggung, rasanya seperti tertusuk-tusuk, pasien

mengatakan skalanya 5, nyerinya hilang timbul. Pasien mengatakan jika beraktifitas akan merasa sesak nafas.

O: pasien berkata nyerinya sudah 3 hari.

P: pasien berkata nyeri di bagian ulu hati saat di palpasi

Q: pasien berkata seperti tertusuk-tusuk

R: pasien berkata nyerinya sampai ke punggung

S: pasien menyebutkan skalanya 5.

T: pasien menyebutkan jika nyerinya hilang timbul dan pasien mengatakan akan berbaring untuk meredakan nyerinya

U: pasien mengatakan dulu pernah mengalami nyeri seperti ini, karena pasien terlambat makan

V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh

#### *b) Alergies*

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi pada makanan, obat-obatan maupun yang lainnya.

#### *c) Medication*

Pasien mengatakan bahwa ia mengonsumsi obat gula yaitu **Metformin 500** sehari 3 kali minum obatnya. Namun pasien mengatakan bahwa ia tidak lagi minum obat tekanannya.

Saat di UGD pasien mendapatkan:

Omeprazole inj 40 mg dan ISDN tab 5 mg

Dan obat yang diresepkan untuk pasien:

1) Candesartan tab 16 mg 1× sehari sebutir

2) Amlodipine tab 5 mg 1× sehari sebutir

- 3) ASA tab 80 mg 1× sehari sebutir
  - 4) Omeprazole inj 40 mg 1×1
  - 5) Sucralfate susp 500 mg/5 ml 3× sehari 2 sendok obat
  - 6) Atorvastatin tab 20 mg 1× sehari
- d) Penyakit yang diderita
- Pasien mengatakan menderita DM dan memiliki tekanan darah yang tinggi, pasien mengatakan bahwa ia menderita DM sudah 5 tahun sedangkan HT sudah 10 tahun.
- e) *Last Meal* (Makan terakhir)
- Pasien mengatakan terakhir makan tadi malam, makan nasi ayam namun hanya sedikit.
- f) *Event* (*Kejadian sebelum cedera*)
- Pasien mengatakan beberapa hari ini pasien memang kurang nafsu makan sedikit dan sudah 3 hari ini pusing terus menerus.

## 2) Objektif

### a) *Airway*

Tak ada sesak nafas, sumbatan jalan nafas tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.

### b) *Breathing*

RR: 20 kali /m SPO2: 100% dan Tidak ada retraksi dinding dada.

### c) *Circulation*

CRT kembali > 3 detik, TD: 193/106 mmHg, N: 83 kali/m dan nadi teraba lemah.

*d) Disability*

A: pasien merespon dengan tepat

V: pasien mendengarkan instruksi yang diperintahkan

P: pasien merespon apa yang dirasakan

U: pasien merespon rangsangan nyeri yang diberikan

GCS 15 (E4V5M6) Kesadaran: CM, KU: normal

Pasien mengeluh nyeri pada ulu hatinya dan pasien tampak meringis dan gelisah.

*e) Exposure & environment*

T: 36,2°C, tidak ada jejas, tidak ada hematoma, dan akral teraba dingin.

*f) Full set of vital sign, five intervention*

Saat dilakukan ttv didapatkan hasil TD: 193/106mmHg, RR: 20 kali/m, N: 82 kali/m, T: 36,2°C, SPO2: 100% dan pengkajian nyeri, O: pasien berkata nyerinya sudah 3 hari. P: pasien berkata nyeri di bagian ulu hati saat di palpasi. Q: pasien berkata seperti tertusuk-tusuk. R: pasien berkata nyerinya sampai ke punggung. S: pasien menyebutkan skalanya 5. T: pasien menyatakan jika nyerinya hilang timbul dan pasien mengatakan akan berbaring untuk meredakan nyerinya. U: pasien mengatakan dulu pernah mengalami nyeri seperti ini, karena pasien terlambat makan V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh.

g) *Give comport*

Pasien mengatakan jika dirinya hanya berbaring untuk mengurangi nyeri yang dideritanya.

h) *History*

Nyeri ulu hati dari 3 hari yang lalu.

3) Head to assessment

Kepala: bentuk kepala normal (*masocefal*), lesi/jejas tidak ada.

Rambut: rambut hitam dan ada uban, distribusi merata.

Mata: berespon terhadap cahaya, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun

Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa

Telinga: berfungsi dalam batas normal

Mulut: tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering, terlihat pucat

Leher: pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening tidak ada.

Dada: bentuk chest, simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, taktil fremitus sama kedua paru, sonor

Abdomen: lesi tidak ada, pembesaran hepar tidak ada, ada nyeri tekan bagian ulu hati, bising usus 36 kali/menit.

Ekstremitas: tidak ada masalah

Genetalia: tidak ada keluhan pada genetalia.

**Pengkajian 6B**

a. B1 (*Breathing*)

Pasien tidak batuk, tidak ada dispnea, sumbatan jalan nafas tidak

ada, penggunaan otot bantu nafas tak tampak, dan RR: 20 kali/m. tidak ada kelainan, palpasi taktil vremitus seimbangan atara kanan dan kiri, dan auskultasi bunyi nafas tambahan tidak ada.

b. B2 (*Blood*)

Didapatkan tekanan darah pasien 193/106 mmHg dan CRT kembali > 3 detik.

c. B3 (*Brain*)

Kepala: bentuk kepala normal (masocefal),lesi/jejas tidak ada,

Rambut: berwarna hitam dan ada uban, distribusi rambut merata.

Mata: berespon terhadap cahaya, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun,

Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa.

Telinga: berfungsi dalam batas normal. Mulut: tidak ada stomatitis,

mukosa bibir terlihat kering, terlihat pucat, Leher: pembesaran

kelenjar getah bening dan kelenjar tyroid tidak ada. Pasien

mengatakan bahwa ia pusing dari 3 hari yang lalu. pasien terlihat meringis dan gelisah.

d. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan sering BAK di malam hari bisa sampai 6-7 kali.

e. B5 (*Bowel*)

Pasien mengatakan ada mual dan berapa hari ini nafsu makannya

berkurang. Pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari yaitu

saat pagi hari. Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada berat

badannya.

f. B6 (*Bone*)

pasien mengeluh sudah tiga hari ini susah untuk tidur karena nyeri yang dirasakannya dan pusing. Pasien mengatakan tidak tidur siang, pasien tidur malam biasanya 7-8 jam namun tiga hari ini hanya 4-5 jam saja. Pasien mengatakan sering lelah. Kulit pasien terlihat pucat, turgor kulit kembali > 3 detik. Kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

## 4) Pemeriksaan penunjang

## a) KIMIA KLINIK

	Hasil	Nilai Normal	Satuan
CK-MB	13.02347	<= 25	μ/l
Creatinin	0.6451258	0.51-0.95	mg/dl
Glukosa Darah Sewaktu	142.1338	60-115	mg/dl
SGDT	19.03768	5-37	μ/l
SGPT	18.72644	5-42	μ/l
Ureum	19.67259	10.49.9	mg/dl

## b) IMONOSEROLOGI RAPID

	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Troponim T	8.04	<= 14	Pg/ ml

## c) DARAH LENGKAP

	Hasil	Nilai Normal	Satuan
MCV	90.2	71.8-92	fL
Leukosit	11.8	4.79-11.34	10/S/3/μl
Natrium	141	135-145	mmol/l
MCH	28.6	22.6-31	Pg
RDW-CV	10.8	11.5-14.5	%
Neutrofil	5.82	2.72-7.53	
Hematokrit	43	34-45.1	%
Neutrofil%	49.5	42.5-71	%
Eritrosit	4.76	4.11-5.55	10/s/6/μL
Monosit%	10.4	3-9	%
Eosinofil	1.68	0-0.8	
Basofil	0.147	0-0.2	

Basofil%	1.25	0-1	%
Hemoglobin	13.6	10.85-14.9	g/dl
Limfosit%	24.6	19-48	%
Limfosit	2.89	1.46-3.73	
Chlorida	108	98-108	mmol/l
PLT	294	216-451	10/s/3/ $\mu$ l
Kalium	4.2	3.5-5.1	mmol/l
MCHC	31.7	30.8-35.2	g/dl
Eosinofit	14.3	0-7	%
Monosit	1.22	0.16-1	

**d) PEMERIKSAAN RADIOLOGI:**

**Hasil Foto Thorax PA:** Cor: bentuk dan ukuran dalam batas normal, Pulmo: tampak minimal infiltrat parakardial kanan. Sudut Phrenicocostalis kanan kiri tajam. Tulang-tulang tak tampak kelainan Kesan: Pneumonia dextral

**e) USG 4 DIMENSI ABDOMEN**

**Hepar:** ukuran dalam batas normal, *echo parenchima* tampak normal, tidak ada dilatasi, tidak tampak massa/kista.

**GB:** ukuran dalam batas normal, tidak terlihat penebalan dinding, tidak terlihat *echo* atau batu.

**Lien:** ukuran dalam batas normal, *echoparenchima* tampak normal, tidak terlihat massa/kista.

**Pancreas:** ukuran normal, tidak ada massa/kista/kalsifikasi, tidak ada pelebaran *ductus*.

**Ginjal kanan:** ukuran normal, *echoparenchima* normal, batas sinus cortex tampak jelas, tidak ada dilatasi sistem pelviocalyseal, tidak ada *echo*.

**Ginjal kiri:** ukuran normal, *echo parenchima* normal, batas sinus

cortex tampak jelas, tidak terlihat dilatasi PCS, tidak terlihat *echo*/batu/kista/massa.

**Buli:** cairan cukup terisi, tidak ada penebalan dinding, tak terlihat massa/batu, tak terlihat *echo* cairan bebas padaocavum abdomen.

Kesan: Tak ada Kelainan.

f) **EKG:** Terdapat ST elevasi, Sinus brakikardi.

## 2. Kasus II

### I. Identitas Klien

Dari hasil pengkajian pada tanggal 01 juni 2022 jam 11.28 wita, pada kasus ini diperoleh hasil yang didapatkan dengan cara *autoanamnese*, dimana penulis melakukan wawancara dan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, review catatan medis dan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa pasien Bapak J 61 tahun dengan No Mr: 209200, berjenis kelamin laki-laki, beragama islam, berstatus kawin, pendidikan terakhir SMP (Sekolah Menengah Pertama), pekerjaan petani, alamat rumah : Ds. Muara Pantun Rt.02 Kab.Kutai Timur, pasien masuk RS tanggal 01 juni 2022 jam 11.28 wita BB: 71 Kg, Klien masuk dengan diagnosis medis hipertensi.

### II. Data Khusus

#### 1) Subjektif

##### a. Keluhan Utama

Pasien berkata ia pusing serta nyeri pada tengkuknya

##### b. SAMPLE

###### a) *Sympton*

Pasien mengatakan pusing serta nyeri pada tengkuknya sudah dirasakan 2 hari yang lalu, pasien menyatakan bahwa nyerinya seperti ditusuk-tusuk, pasien menyebutkan skalanya 6, nyeri yang dirasakan terus menerus, pasien mengatakan nyerinya hanya di kepala dan tengkuknya. Pasien mengatakan dirinya akan beristirahat saat pusingnya timbul. Pasien juga mengatakan bahwa dadanya berdebar-debar dan pasien merasa sesak nafas. Pasien mengatakan tidak mengetahui bahwa ia memiliki hipertensi karena jarang memeriksakan tekanan darahnya.

O: pasien berkata nyerinya sudah 2 hari.

P: pasien berkata nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas.

Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk

R: pasien menyatakan nyerinya sampai ke tengkuk.

S: pasien menyebutkan skalanya 6.

T: pasien berkata jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita

U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini

V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh

#### *b) Alergies*

Pasien menyebutkan bahwa ia tidak mempunyai alergi pada makanan, obat-obatan ataupun yang lainnya.

c) *Medication*

Pasien mengatakan bahwa ia tidak ada mengonsumsi obat tekanan.

Dan obat yang diresepkan untuk pasien:

- 1) Amlodipine tab 10 mg 1× sehari sebutir
- 2) Captopril tab 12,5 mg 2× sehari sebutir

d) *Penyakit yang diderita*

Pasien mengatakan pernah menderita batuk, pilek, demam, dan diare.

e) *Last Meal* (Makan terakhir)

Pasien mengatakan terakhir makan tadi malam, makan nasi goreng.

f) *Event* (Kejadian sebelum cedera)

Pasien mengatakan beberapa hari ini pasien sering pusing dan tengkuk terasa berat.

2) *Objektif*

a) *Airway*

Ada sesak nafas, sumbatan jalan nafas tidak ada, ada penggunaan otot bantu nafas.

b) *Breathing*

RR: 22 kali/ menit SPO2: 98%, Tidak ada retraksi dinding dada.

c) *Circulation*

CRT : kembali < 3 detik, TD: 175/107 mmHg, N: 91×/m, nadi teraba lemah

d) *Disability*

A: pasien merespon dengan tepat

V: pasien mendengarkan instruksi yang diperintahkan

P: pasien merespon apa yang dirasakan

U: pasien merespon rangsangan nyeri yang diberikan

GCS 15 (E4V5M6) Kesadaran: CM, KU: normal

Pasien mengeluh nyeri pada tengkuknya pasien tampak meringis dan gelisah.

e) *Exposure & environment*

T: 36,6°C, tidak ada jejas dan tidak ada hematoma dan akral teraba hangat

f) *Full set of vital sign, five intervention*

Saat dilakukan ttv didapatkan hasil TD: 175/107 mmHg, RR: 22 kali/m, N: 91 kali/m, T: 36,6°C, SPO2: 98% dan pengkajian nyeri didapatkan hasil O: pasien berkata nyerinya sudah 2 hari., P: pasien berkata nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas. Q: pasien menyatakan seperti tertusuk-tusuk, R: pasien berkata nyerinya sampai ke tengkuk. S: pasien menyebutkan skalanya 6. T: pasien berkata jika hanya berbaring untuk mengurangi nyeri yang dideritanya. U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh.

g) *Give comfort*

Pasien mengatakan jika dirinya hanya berbaring untuk mengurangi

nyeri yang dideritanya.

h) *History*

Pusing serta nyeri tengkuk dari dua hari yang lalu.

3) *Head to assessment*

Kepala: bentuk kepala normal (masocefal), lesi/jejas tidak ada

Rambut: rambut hitam dan ada uban, distribusi merata.

Mata: berespon terhadap cahaya, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun

Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa

Telinga: berfungsi dalam batas normal

Mulut: tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, terlihat tidak pucat

Leher: tidak ada pembesaranokelenjarotyroid dan kelenjar getah bening

Dada: bentukodada chest, dada simetris, menggunakan ototobantu pernafasan, taktilofremitusosama antar keduaoparu, terdengarosonor

Abdomen:lesi tidak ada, pembesaran hepar tidak ada, nyeri tekan tidak ada, bising usus 12 kali/menit.

Ekstremitas: tidak ada masalah pada ekstremitas atas maupun bawah

Genetalia: tidak ada keluhan pada genetalia.

**Pemeriksaan 6B**

a. B1 (*Breathing*)

Pasien ada sesak nafas, ada penggunaan otot bantu nafas dan RR:

22 kali/m. Saat di kelainan tak ada, palpasi taktil vremitus

seimbangan, dan bunyi nafas tambahan tidak ada.

b. B2 (*Blood*)

Didapatkan tekanan darah pasien 175/107 mmHg dan CRT kembali < 3 detik.

c. B3 (*Brain*)

Kepala: bentuk kepala normal (masocefal), lesi/jejas tidak ada, Rambut: rambut hitam dan uban, distribusi merata. Mata: ada respon cahaya, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun, Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa. Telinga: berfungsi dalam batas normal. Mulut: tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, terlihat pucat, Leher: pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia pusing dari 2 hari yang lalu. pasien terlihat meringis dan gelisah.

d. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan sering BAK sehari bisa 7-8 kali.

e. B5 (*Bowel*)

Pasien mengatakan tidak ada mual. Pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari yaitu saat pagi hari. Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada berat badannya.

f. B6 (*Bone*)

pasien mengatakan dua hari ini susah tidur karena pusing dan nyeri tengkuknya. Pasien tidak tidur siang, pasien mengatakan malam biasanya 6-7 jam namun dua hari ini hanya 3-4 jam saja Kulit pasien terlihat sawo matang, turgor kulit kembali < 3 detik.

Kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

4) Pemeriksaan penunjang

**EKG:** Normal Sinus Rhytem

### 3. Pengkajian Kasus III

#### I. Identitas Klien

Dari hasil pengkajian pada tanggal 08 juni 2022 jam 21.30 wita, pada kasus ini diperoleh hasil yang didapatkan dengan cara *autoanamnese*, dimana peneliti melakukan wawancara dan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, review catatan medis dan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa pasien Ibu R 68 tahun dengan No Mr: 137900, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, berstatus kawin, pendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar), pekerjaan IRT, alamat rumah : Jl. S Hasanuddin Gg. Bina Rt. 34 Kel. Berbas Tengah, Bontang, pasien masuk RS tanggal 08 juni 2022 jam 21.30 wita BB: 86 Kg, Klien masuk dengan diagnosis medis Stroke hemoragik + HT.

#### II. Data Khusus

1) Subjektif

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan pusing.

b. SAMPLE

a) *Sympton*

Pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sudah dirasakan selama 3 hari, pasien mengatakan nyerinya berskala 6, ia hanya berbaring untuk meredakan pusing dan sakit kepalanya pasien, tidak ada penyebaran nyeri, nyerinya terus-menerus, pasien mengatakan kepalanya seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan mual.

O: pasien berkata nyerinya sudah 3 hari.

P: pasien menyatakan nyeri dibagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas.

Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk

R: pasien berkata nyerinya hanya dikepala.

S: pasien menyebutkan skalanya 6.

T: pasien menyatakan jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita.

U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini

V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh

#### *b) Alergies*

Pasien berkata tidak mempunyai alergi pada makanan, obat-obatan maupun hal lainnya.

#### *c) Medication*

Pasien mengatakan bahwa ia tidak minum obat apapun.

Saat di UGD pasien mendapatkan:

Mecobalamine inj 500 mcg

Ketorolac inj 30 mg/ml

Ondansetron inj 2 mg/ml

Dan obat yang diresepkan untuk pasien:

- 1) Citicoline inj 250 mg/ 2 ml 2× 500 mg
- 2) Mecobalamine inj 5 mcg 3×1
- 3) Ceftriaxone inj 1 g 1× 2
- 4) Ranitidine inj 25 mg/ml 2×1
- 5) Flunarizine tab 5 mg 2× sehari 1 butir
- 6) Clopidogrel tab 75 mg 1× sehari 1 butir

d) Penyakit yang diderita

Pasien mengatakan menderita DM dan memiliki tekanan darah yang tinggi, pasien mengatakan bahwa ia menderita DM sudah 3 tahun sedangkan HT baru 1 tahun.

e) *Last Meal* (Makan terakhir)

Pasien mengatakan hanya makan roti pagi hari.

f) *Event* (Kejadian sebelum cedera)

Pasien mengatakan sebelumnya ia banyak pikiran dan akhirnya pusing terus menerus.

2) Objektif

a) *Airway*

tidak ada dispnea, sumbatan jalan nafas tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.

b) *Breathing*

RR: 20×/m SPO2: 100%

Tidak ada retraksi dinding dada.

c) *Circulation*

CRT kembali < 3 detik, TD: 140/95 mmHg, N: 81×/m, dan nadi teraba lemah.

d) *Disability*

A: pasien merespon dengan tepat

V: pasien mendengarkan instruksi yang diperintahkan

P: pasien merespon apa yang dirasakan

U: pasien merespon rangsangan nyeri yang diberikan

GCS 15 (E4V5M6) Kesadaran: CM, KU: normal

Pasien mengeluh nyeri pada kepalanya dan pasien tampak meringis dan gelisah.

e) *Exposure & environment*

T: 36,2°C, Tidak ada jejas, tidak ada hematoma dan akral teraba dingin.

f) *Full set of vital sign, five intervention*

Saat dilakukan penkajian ttv didapatkan hasil TD: 140/95 mmHg, RR: 20 kali/m, N: 81 kali/m, T: 36,2°C, SPO2: 100% dan pengkajian nyeri didapatkan hasil: pasien mengatakan nyerinya sudah 3 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas. Q: pasien berkata seperti tertusuk-tusuk. R: pasien berkata nyerinya hanya di kepala.

S: pasien menyebutkan skalanya 6. T: pasien berkata jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita. U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini. V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh.

g) *Give comport*

Pasien mengatakan jika dirinya hanya berbaring untuk mengurangi pusing dan nyerinya.

h) *History*

Pusing dari tiga hari yang lalu disertai sakit kepala.

3) *Head to assessment*

Kepala: bentuk kepala normal (masocefal), lesi/jejas tidak ada

Rambut: hitam dan ada uban, distribusi merata.

Mata: berespon terhadap cahaya, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun

Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa

Telinga: berfungsi dalam batas normal

Mulut: tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, terlihat pucat

Leher: pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening tidak ada

Dada: bentuk dada chest, dada simetris, otot bantu pernafasan tidak ada, taktil fremitus sama antar kedua paru,sonor.

Abdomen: tidak ada lesi, pembesaran hepar tidak ada, adanyeri tekan pada daerah ulu hati. Bising usus 32 kali/menit.

Ekstremitas: tak ada masalah ekstremitas

Genetalia: tak ada keluhan pada genetalia.

### **Pemeriksaan 6B**

a. B1 (*Breathing*)

tidak ada dispnea, penggunaan otot bantu nafas tidak ada dan RR: 20 kali/m. tak ada kelainan, palpasi taktil vremitus seimbang, dan suara nafas tambahan tidak ada.

b. B2 (*Blood*)

Didapatkan tekanan darah pasien 140/95 mmHg dan CRT kembali < 3 detik.

c. B3 (*Brain*)

Kepala: bentuk kepala normal (masocefal), lesi/jejas tidak ada, Rambut: hitam dan uban, distribusi rambut merata. Mata: ada respon cahaya, konjungtiva tak anemis, sclera tak ikterik, pasien mengatakan bahwa ia sekarang penglihatannya rabun, Hidung: berfungsi dalam batas normal, tidak ada massa. Telinga: berfungsi dalam batas normal. Mulut: tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, terlihat pucat, Leher: pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening tidak ada. Pasien mengatakan bahwa ia pusing dari 3 hari yang lalu. pasien terlihat meringis dan gelisah.

d. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan sering BAK sehari bisa 7-8 kali.

e. B5 (*Bowel*)

Pasien berkata mual, ada perasaan ingin muntah, Pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari yaitu saat pagi hari.

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada berat badannya.

Pasien mengatakan tidak nafsu makan sudah 3 hari ini.

f. B6 (*Bone*)

pasien mengatakan tiga hari ini susah tidur karena pusing. Pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, pasien mengatakan tidur malam biasanya 7-8 jam namun tiga hari ini hanya 5-6 jam saja.

Kulit pasien terlihat sawo matang, turgor kulit kembali < 3 detik.

Kekuatan otot	5555	5555
	5555	5555

4) Pemeriksaan penunjang

**KIMIA KLINIK**

	Hasil	Nilai Normal	Satuan
SGOT	18.66951	5-37	μ/l
Ureum	9.747321	10.49.9	mg/dl
Creatinin	0.5449698	0.51-0.95	mg/dl
Glukosa Darah Sewaktu	285.5167	60-115	mg/dl
SGPT	26.64833	5-42	μ/l

**DARAH LENGKAP**

	Hasil	Nilai Normal	Satuan
MCV	92.1	71.8-92	fL
Leukosit	9.82	4.79-11.34	10/S/3/μl
Natrium	131	135-145	mmol/l
MCH	30.2	22.6-31	Pg
RDW-CV	12.4	11.5-14.5	%
Neutrofil	7.4	2.72-7.53	
Hematokrit	37.4	34-45.1	%
Neutrofil%	75.3	42.5-71	%
Eritrosit	4.06	4.11-5.55	10/s/6/μL
Monosit%	6.19	3-9	%
Eosinofil	0.118	0-0.8	
Basofil	0.147	0-0.2	
Basofil%	1.5	0-1	%
Hemoglobin	12.3	10.85-14.9	g/dl
Limfosit%	15.8	19-48	%
Limfosit	1.55	1.46-3.73	
Chlorida	102	98-108	mmol/l
PLT	368	216-451	10/s/3/μl

Kalium	3.8	3.5-5.1	mmol/l
MCHC	32.8	30.8-35.2	g/dl
Eosinofit	1.2	0-7	%
Monosit	0.608	0.16-1	

**PEMERIKSAAN RADIOLOGI:**

**CT Scan:** Tidak terlihat *soft tissue swelling extracranialogyri*, sulci dan fissura sylvii prominent, batas cortex dan medula tegas, tak terlihat lesi

Kesan: Brain atrophy tidak terlihat infark/ pendarahan di intracerebri.

## B. Analisa Data

### 1. Kasus I

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: O: pasien mengatakan nyerinya sudah 3 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian ulu hati saat di palpasi Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyerinya sampai ke punggung S: pasien mengatakan skalanya 5. T: pasien mengatakan jika nyerinya hilang timbul dan pasien mengatakan akan berbaring untuk meredakan nyerinya U: pasien mengatakan dulu pernah mengalami nyeri seperti ini, karena pasien terlambat makan V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh DO: RR: 20 x/m Pasien terlihat meringis Pasien terlihat gelisah	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)
2	DS: Pasien mengatakan pusing sudah 3 hari yang lalu dirasakannya Pasien mengatakan memiliki tekanan darah tinggi DO: TD: 193/106 mmHg CRT > 3 detik Nadi teraba lemah Akral teraba dingin Pasien terlihat pucat EKG terdapat St elevasi, sinus brakikardi	Peningkatan Tekanan Darah	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
3	DS: Pasien mengatakan memiliki tekanan darah tinggi DO:	Perubahan <i>afterload</i>	Penurunan Curah Jantung (D.0008)

	EKG: Terdapat St elevasi, Sinus brakikardi TD: 193/106 mmHg Nadi teraba lemah Warna kulit pucat CRT > 3 detik		
4	DS: Pasien mengatakan berapa hari ini memang tidak nafsu makan Pasien mengatakan terakhir makan tadi malam makan nasi dan ayam hanya sedikit DO: Bising usus 36 kali/ m		Risiko Defisit Nutrisi d.d Ketidakmampuan psikologis (D.0032)
5	DS: Pasien mengatakan pusing Pasien mengatakan mudah lelah Pasien mengatakan sering haus DO: Mulut pasien terlihat kering GDS: 142 mg/dl	Hiperglikemia	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)

## 2. Kasus II

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS: O: pasien mengatakan nyerinya sudah 2 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas. Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyerinya sampai ke tengkuk. S: pasien mengatakan skalanya 6. T: pasien mengatakan jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)

	<p>U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini</p> <p>V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terlihat gelisah</p> <p>N: 91 x/m</p> <p>TD: 175/107 mmHg</p>		
2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengetahui bahwa ia memiliki hipertensi karena jarang memeriksakan tekanan darahnya.</p> <p>DO:</p> <p>TD: 175/107 mmHg</p> <p>Pasien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p>	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan tentang Hipertensi (D.0014)
3	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan dadanya berdebar-debar</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia sesak nafas</p> <p>DO:</p> <p>TD: 175/107 mmHg</p> <p>EKG: Normal sinus rytem</p> <p>Nadi teraba lemah</p>	Perubahan <i>afterload</i>	Penurunan Curah Jantung (D.0008)

### 3. Kasus III

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS:</p> <p>O: pasien mengatakan nyerinya sudah 3 hari.</p> <p>P: pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas.</p> <p>Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: pasien mengatakan nyerinya hanya di kepala.</p> <p>S: pasien mengatakan skalanya 6.</p>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077)

	<p>T: pasien mengatakan jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita</p> <p>U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini</p> <p>V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terlihat gelisah</p> <p>Pasien terlihat meringis</p> <p>TD: 140/95 mmHg</p> <p>RR: 20×/m</p> <p>N: 81×/m</p>		
2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan ia mual</p> <p>Pasien mengatakan ada perasaan ingin muntah</p> <p>Pasien mangatakan ia tidak nafsu makan</p> <p>Pasien mengatakan jika mencium bau makanan akan mual</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terlihat sering menelan</p> <p>Pasien terlihat pucat</p> <p>Saliva pasien meningkat</p>	Gangguan biokiawi	Nausea (D.0076)
3	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan memiliki riwayat tekanan darah tinggi</p> <p>DO:</p> <p>TD: 140/95 mmHg</p> <p>Nadi teraba lemah</p>	Perubahan <i>afterload</i>	Penurunan Curah Jantung (D.0008)
4	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan bahwa ia pusing</p> <p>DO:</p> <p>GDS: 285 mg/dl</p> <p>Pasien terlihat banyak minum</p>	Hiperglikemia	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)

## C. Diagnosis Keperawatan

### 1. Kasus I

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d mengeluh nyeri, pasien meringis, pasien tampak gelisah, tekanan darah pasien 193/106 mmHg, nafsu makan pasien berubah (**D.0077**)
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan tekanan darah d.d Pengisian CRT > 3 detik, nadi teraba lemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat (**D.0009**)
- c. Penurunan Curah Jantung b.d perubahan *afterload* d.d tekanan darah 193/106 mmHg, nadi teraba lemah, warna kulit pucat dan CRT > 3 detik (**D.0008**)
- d. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Hiperglikemia d.d pasien mudah lelah, mukosa bibir kering dan GDS 142 mg/dl (**D.0027**)
- e. Risiko Defisit Nutrisi d.d Ketidakmampuan psikologis (**D.0032**)

### 2. Kasus II

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien gelisah, tekanan darah pasien 175/107 mmHg, dada pasien berdebar-debar (**D.0009**)
- b. Penurunan curah jantung b.d perubahan *afterload* d.d tekanan darah meningkat 175/106 mmHg, nadi pasien teraba lemah (**D.0008**)
- c. Defisit Pengetahuan tentang Hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki hipertensi, pasien menunjukkan persepsi yang keliru tentang hipertensi (**D.0014**)

### 3. Kasus III

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien gelisah, pasien meringis, tekanan darah pasien 140/95 mmHg **(D.0009)**
- b. Nausea b.d Gangguan Biokimiawi d.d pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan jika mencium bau makanan langsung mual, pasien terlihat sering menelan, saliva pasien meningkat, pasien terlihat pucat **(D.0076)**
- c. Penurunan curah jantung b.d perubahan *afterload* d.d peningkatan tekanan darah 140/95 mmhg **(D.0008)**
- d. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Hiperglikemia d.d pasien pusing, pasien banyak minum dan GDS pasien 285 mg/dl **(D.0027)**

## D. Intervensi Keperawatan

### 1. Kasus I

*Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan Kasus I*

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d mengeluh nyeri, pasien meringis, pasien tampak gelisah, tekanan darah pasien 193/106 mmHg, nafsu makan pasien berubah ( <b>D.0077</b> )	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah (5)</li> <li>Frekuensi nadi (5)</li> <li>Nafsu makan (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memburuk</li> <li>Cukup memburuk</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup membaik</li> <li>Membaik</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri (5)</li> <li>Meringis dari (5)</li> <li>Gelisah dari (5)</li> <li>Kesulitan tidur (5)</li> <li>Mual (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkat</li> <li>Cukup meningkat</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup menurun</li> <li>Menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (L.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kalaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kalaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>

2	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Peningkatan tekanan darah d.d Pengisian CRT &gt; 3 detik, nadi teraba lemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat (<b>D.0009</b>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Perfusi Perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan perfusi perifer klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah sistolik (5)</li> <li>b. Tekanan darah diastolik (5)</li> <li>c. Pengisian kapiler (5)</li> <li>d. Akral (5)</li> <li>e. Pengisian kapiler (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Memburuk</li> <li>(2) Cukup memburuk</li> <li>(3) Sedang</li> <li>(4) Cukup membaik</li> <li>(5) Membaik</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi dll)</li> <li>2.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3 Hindari pengukuran darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>2.4 Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.5 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, <i>jika perlu</i></li> <li>2.6 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>2.7 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</li> </ol>
3	<p>Penurunan Curah Jantung b.d perubahan afterload d.d tekanan darah 193/106 mmHg, nadi teraba lemah, warna kulit pucat dan CRT &gt; 3 detik (<b>D.0008</b>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Curah Jantung (L.02008)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan curah jantung klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah (5)</li> <li>b. <i>Capillary refill time</i> (CRT) (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Memburuk</li> <li>(2) Cukup memburuk</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Perawatan Jantung (I.02075)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan dll)</li> <li>3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan dll)</li> <li>3.3 Monitor tekanan darah</li> </ol>

		<p>(3) Sedang  (4) Cukup membaik  (5) Membaik</p> <p>c. Kekuatan nadi perifer (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Menurun  (2) Cukup menurun  (3) Sedang  (4) Cukup meningkat  (5) Meningkatkan</p> <p>d. Pucat/sianosis (5)  e. Lelah (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Meningkatkan  (2) Cukup meningkat  (3) Sedang  (4) Cukup menurun  (5) menurun</p>	<p>3.4 Monitor keluhan nyeri dada  3.5 Monitor EKG 12 sadapan  3.6 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b>  3.7 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman  3.8 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (terapi <i>deep breathing relaxation</i> dan <i>foot massage</i> dengan minyak <i>eucalyptus</i>)</p> <p><b>Edukasi</b>  3.9 Anjurkan beraktifitas sesuai toleransi  3.10 Anjurkan pasien berhenti merokok</p> <p><b>Kalaborasi</b>  3.11 Kalaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i>  3.12 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
4	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Hiperglikemia d.d pasien mudah lelah, mukosa bibir kering dan GDS 142 mg/dl (<b>D.0027</b>)</p>	<p><b>Ketidakstabilan Kadar Glukosa (L.03022)</b>  Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah pasien dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Mengantuk (5)  b. Pusing (5)  c. Mulut kering (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Meningkatkan  (2) Cukup meningkat  (3) Sedang  (4) Cukup menurun</p>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p><b>Observasi</b>  4.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia  4.2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin  4.3 Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i>  4.4 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p><b>Terapeutik</b>  4.5 Berikan asupan cairan oral</p>

		<p>(5) Menurun</p> <p>d. Kadar glukosa dalam darah (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) Memburuk</p> <p>(2) Cukup memburuk</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup membaik</p> <p>(5) membaik</p>	<p>4.6 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.7 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>4.8 Ajarkan pengelolaan diabetes</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>4.9 Kalaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></p> <p>4.10 Kalaborasi pemberian cairan IV, <i>jika perlu</i></p>
5	Risiko Defisit Nutrisi d.d Ketidakmampuan psikologis (D.0032)	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan status nutrisi pasien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Frekuensi makan (5)</p> <p>b. Nafsu makan (5)</p> <p>c. Bising usus (5)</p> <p>d. Membran mukosa (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) Memburuk</p> <p>(2) Cukup memburuk</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup membaik</p> <p>(5) Membaik</p>	<p><b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>5.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>5.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>5.4 Monitor asupan makanan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.5 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5.6 Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>5.7 Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.8 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>5.9 Kalaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>5.10 Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>

## 2. Kasus II

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan Kasus II

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien gelisah, tekanan darah pasien 175/107 mmHg, dada pasien berdebar-debar ( <b>D.0009</b> )	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah (5)</li> <li>Pola nafas (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memburuk</li> <li>Cukup memburuk</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup membaik</li> <li>Membaik</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri (5)</li> <li>Gelisah dari (5)</li> <li>Kesulitan tidur (5)</li> <li>Meringis (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkat</li> <li>Cukup meningkat</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup menurun</li> <li>Menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kalaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kalaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload d.d tekanan	<b>Curah Jantung (L.02008)</b>	<b>Perawatan Jantung (I.02075)</b> <b>Observasi</b>

	<p>darah meningkat 175/106 mmHg, nadi pasien teraba lemah (<b>D.0008</b>)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan curah jantung klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tekanan darah (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) Memburuk (2) Cukup memburuk (3) Sedang (4) Cukup membaik (5) Membaik</p> <p>b. Kekuatan nadi perifer (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) Menurun (2) Cukup menurun (3) Sedang (4) Cukup meningkat (5) Meningkatkan</p> <p>c. Dispnea (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) Meningkatkan (2) Cukup meningkat (3) Sedang (4) Cukup menurun (5) Menurun</p>	<p>2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan dll)</p> <p>2.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan dll)</p> <p>2.3 Monitor tekanan darah</p> <p>2.4 Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>2.5 Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>2.6 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.7 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>2.8 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (terapi <i>deep breathing relaxation</i> dan <i>foot massage</i> dengan minyak <i>eucalyptus</i>)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.9 Anjurkan beraktifitas sesuai toleransi</p> <p>2.10 Anjurkan pasien berhenti merokok</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>2.11 Kalaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p> <p>2.12 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
3	<p>Defisit Pengetahuan tentang Hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki hipertensi,</p>	<p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan Tingkat pengetahuan klien dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Perilaku sesuai anjuran (5)</p>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>

	<p>pasien menunjukkan persepsi yang keliru tentang hipertensi (<b>D.0014</b>)</p>	<p>b. Verbalisasi minat dalam belajar (5)  c. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik (5)  d. Perilaku yang sesuai dengan pengetahuan (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Menurun  (2) Cukup menurun  (3) Sedang  (4) Cukup meningkat  (5) Meningkatkan</p>	<p>3.2 Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p><b>Terapeutik</b>  3.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan  3.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan  3.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b>  3.6 Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan  3.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat  3.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	---	---	--

### 3. Kasus III

*Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Kasus III*

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	<p>Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri, pasien gelisah, pasien meringis, tekanan darah pasien 140/95 mmHg (<b>D.0009</b>)</p>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b>  Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri klien dapat membaik dengan kriteria hasil:  a. Tekanan darah (3)</p> <p>Keterangan:  (1) Memburuk  (2) Cukup memburuk</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>  <b>Observasi</b>  1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  1.2 Identifikasi skala nyeri</p>

		<p>(3) Sedang  (4) Cukup membaik  (5) Membaik</p> <p>b. Keluhan nyeri (5)  c. Meringis (5)  d. Gelisah (5)  e. Mual (5)  f. Kesulitan tidur (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Meningkatkan  (2) Cukup meningkat  (3) Sedang  (4) Cukup menurun  (5) Menurun</p>	<p>1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)</p> <p>1.6 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.7 Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.9 Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>1.10 Kalaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Nausea b.d Gangguan Biokimiawi d.d pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan jika mencium bau makanan langsung mual, pasien terlihat sering menelan, saliva pasien meningkat, pasien terlihat pucat (<b>D.0076</b>)</p>	<p><b>Tingkat Nausea (L.08065)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan tingkat nausea pasien dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan mual(5)  b. Perasaan ingin muntah (5)  c. Frekuensi menelan (5)  d. Jumlah saliva (5)</p> <p>Keterangan:  (1) Meningkatkan</p>	<p><b>Manajemen Mual (I.03117)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>2.1 Identifikasi pengalaman mual</p> <p>2.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</p> <p>2.3 Identifikasi faktor penyebab mual</p> <p>2.4 Monitor mual</p> <p>2.5 Monitor asupan nutrisi dan kalori</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>(2) Cukup meningkat</li> <li>(3) Sedang</li> <li>(4) Cukup menurun</li> <li>(5) Menurun</li> </ul>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.6 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual</li> <li>2.7 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</li> <li>2.8 Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.9 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>2.10 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual</li> </ul> <p><b>Kalaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.11 Kalaborasi pemberian antiemetik, <i>jika perlu</i></li> </ul>
3	<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload d.d peningkatan tekanan darah 140/95 mmhg (<b>D.0008</b>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Curah Jantung (L.02008)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan curah jantung klien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah (5)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Memburuk</li> <li>(2) Cukup memburuk</li> <li>(3) Sedang</li> <li>(4) Cukup membaik</li> <li>(5) Membaik</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Kekuatan nadi perifer (5)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Menurun</li> <li>(2) Cukup menurun</li> <li>(3) Sedang</li> <li>(4) Cukup meningkat</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Perawatan Jantung (I.02075)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan dll)</li> <li>3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan dll)</li> <li>3.3 Monitor tekanan darah</li> <li>3.4 Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>3.5 Monitor EKG 12 sadapan</li> <li>3.6 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p>

		(5) Meningkat	<p>3.7 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>3.8 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (terapi <i>deep breathing relaxation</i> dan <i>foot massage</i> dengan minyak <i>eucalyptus</i>)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.9 Anjurkan beraktifitas sesuai toleransi</p> <p>3.10 Anjurkan pasien berhenti merokok</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>3.11 Kalaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p> <p>3.12 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
4	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Hiperglikemia d.d pasien mudah lelah, pasien banyak minum dan GDS 285 mg/dl ( <b>D.0027</b> )	<p><b>Ketidakstabilan Kadar Glukosa (L.03022)</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah pasien dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengantuk (5)</li> <li>Pusing (5)</li> <li>Mulut kering (5)</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkat</li> <li>Cukup meningkat</li> <li>Sedang</li> <li>Cukup menurun</li> <li>Menurun</li> </ol> <p>d. Kadar glukosa dalam darah (5)</p> <p>Keterangan:</p>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin</li> <li>Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i></li> <li>Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan asupan cairan oral</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"><li>(1) Memburuk</li><li>(2) Cukup memburuk</li><li>(3) Sedang</li><li>(4) Cukup membaik</li><li>(5) Membaik</li></ul>	<p>4.6 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.7 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>4.8 Ajarkan pengelolaan diabetes</p> <p><b>Kalaborasi</b></p> <p>4.9 Kalaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i></p> <p>4.10 Kalaborasi pemberian cairan IV, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	---

## E. Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien Ibu B, Bapak J dan Ibu R adalah dengan terapi non farmakologi yang umumnya untuk menurunkan tekanan darah dengan menggunakan terapi *deep breathing relaxation* dan *foot massage* dengan minyak *eucalyptus*.

Adapun cara melakukan (SOP) terapi *deep breathing relaxation* dan *foot massage* sebagai berikut:

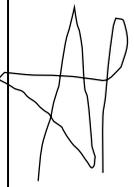
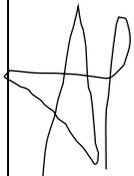
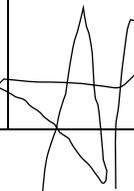
- 1) Memberikan instruksi kepada pasien dan memberi contoh teknik relaksasi nafas dalam yang benar.
- 2) Menganjurkan pasien mengeluarkan perlahan-lahan nafas melalui mulut dengan bibir mencucu/memoncongkan bibir sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks, perawat menghitung 1-3.
- 3) Sementara pasien melakukan relaksasi nafas dalam perawat melakukan *foot massage*.
- 4) Oleskan minyak *eucalyptus* ke kedua kaki klien.
- 5) Dengan menggunakan telapak tangan pemeriksa, gosok perlahan dan pijat telapak kaki pasien dari telapak kaki hingga bagian terluas kaki kanan selama 15 detik.
- 6) Gunakan tumit telapak tangan peneliti pada bagian sempit kaki kanan. Para peneliti memijat dan memijat lembut telapak kaki pasien dari dalam ke luar selama 15 detik.
- 7) Pegang setiap jari kaki dengan tangan kanan dan tangan kiri menopang tumit pasien, kemudian penyidik memutar pergelangan kaki tiga kali ke kanan dan tiga kali berlawanan arah jarum jam selama 15 detik.

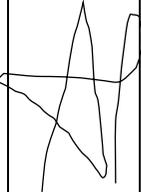
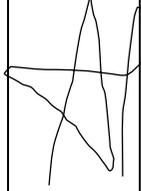
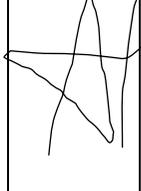
- 8) Pertahankan kaki pada permukaan yang lebih lebar di kedua sisi dengan semua jari kaki (ibu jari di telapak kaki dan empat jari kaki ke belakang), lalu gerakkan kaki ke depan dan ke belakang tiga kali dalam 15 detik.
- 9) Tangan kiri menopang kaki, kemudian tangan kanan memutar dan memijat setiap jari tiga kali di kedua arah (15 detik) untuk mengontrol ketegangan.
- 10) Jaga agar kaki kanan stabil, tangan kanan bertumpu pada kaki dengan jari kaki bagian bawah dan tangan kiri menopang tumit. Tahan langkah dan pijat dengan lembut selama 15 detik.
- 11) Ubah posisi tangan, dukung tumit dengan tangan kanan dan tahan di bawah jari kaki dengan tangan kiri, lalu pijat perlahan selama 15 detik.
- 12) Pegang tangan kanan dengan lembut tapi kuat di ujung jari kaki dan dukung tumit dan pergelangan kaki dengan tekanan lembut dengan tangan kiri Anda selama 15 detik.
- 13) Gunakan tangan kiri untuk menopang tumit dan gunakan tangan kanan untuk memutar setiap kaki berlawanan arah jarum jam ke kanan dan tekan perlahan selama 15 detik.
- 14) Gunakan tangan kiri untuk menopang tumit dan lanjutkan memijat bagian dalam 34 jari kaki dalam gerakan lambat dengan tangan kanan dalam gerakan naik turun selama 15 detik.
- 15) Tangan kanan memegang jari-jari kaki dan tangan kiri dengan lembut menekan telapak kaki selama 15 detik dengan bantuan tumit tangan.

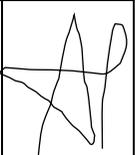
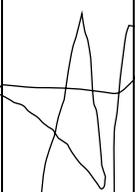
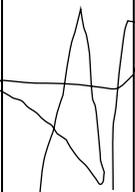
## F. Impelementansi Keperawatan

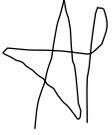
### 1. Kasus I

*Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Proses Kasus I*

No	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx Kep	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Proses	Paraf
1	Rabu, 01 Juni 2022 09.00- 09.10	1	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri            S: O: pasien mengatakan nyerinya sudah 3 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian ulu hati saat di palpasi Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyerinya sampai ke punggung. T: pasien mengatakan jika nyerinya hilang timbul dan pasien mengatakan akan berbaring untuk meredakan nyerinya U: pasien mengatakan dulu pernah mengalami nyeri seperti ini, karena pasien terlambat makan V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh            O: pasien terlihat meringis dan gelisah</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri            S: , S: pasien mengatakan skalanya 5            O: pasien meringis dan gelisah</p> <p>1.3 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri            S: pasien mengatakan bahwa ia tidak nafsu makan, pasien mangatakan bahwa ia akan berbaring jika nyerinya timbul            O: -</p> <p>1.4 Memoonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan            S: -            O: -</p> <p>1.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)            S: -            O: mengajarkan dan mencontohkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri            S: -</p>	    

			<p>O: memilih teknik relaksasi nafas dalam karena skala nyerinya masih berada di 5</p> <p>1.7 Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri S: - O: pendkes pentingnya makan tepat waktu</p> <p>1.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri S: - O: menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.9 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri S: - O: pasien mengikuti dan mempraktikan teknik relaksasi nafas dalam</p>	
	Rabu, 01 Juni 2022 09.10- 09.30.	2	<p>2.1 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi S: pasien mengatakan memiliki riwayat DM dan Ht O: TD: 193/106 mmHg GDS: 142 mg/dl</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas S: pasien mengatakan nyeri pada ulu hati O: pasien meringis</p> <p>2.3 Menghindari pengukuran darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi S: - O:-</p> <p>2.4 Melakukan pencegahan infeksi S:- O: cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh, melakukan tindakan kepada pasien</p> <p>2.5 Mengajukan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol S: - O: pendkes hipetensi dan Dm</p> <p>2.6 Mengajukan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur S:- O: pendkes HT</p> <p>2.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) S:- O:-</p>	  

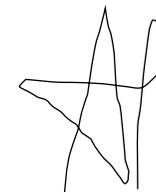
	Rabu, 01 Juni 2022 09.30- 09.50.	3	<p>3.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung S: - O: Nadi teraba lemah, Warna kulit pucat, CRT &gt; 3 detik</p> <p>3.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan dll)</p> <p>3.3 Monitor tekanan darah S: - O: TD: 193/106 mmHg,</p> <p>3.4 Monitor keluhan nyeri dada S: pasien mengatakan tidak ada nyeri pada dada O: -</p> <p>3.5 Monitor EKG 12 sadapan S: - O: EKG: Terdapat St elevasi, Sinus brakikardi,</p> <p>3.7 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman S: Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya O: Memposisikan pasien semifowler</p> <p>3.8 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (Terapi <i>Deep Breathing Relaxation</i> dan <i>Foot Massage</i> dengan minyak <i>Eucalytus</i>) S: - O: pasien diberikan terapi selama 10 menit</p>	  
	Rabu, 01 Juni 2022 09.50- 09.55		<p>4.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia S: Pasien mengatakan memang menyukai makanan yang manis O: -</p> <p>4.3 Memonitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> S: - O: 142 mg/dl</p> <p>4.4 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia S: Pasien mengatakan pusing O: Pasien terlihat banyak minum, mukosa bibir kering</p> <p>4.7 Mengajukan monitor kadar glukosa darah secara mandiri S: - O: menjelaskan pentingnya memonitor kadar gula</p>	

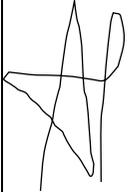
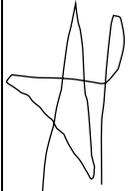
			4.10 Kalaborasi pemberian cairan IV (Terpasang RL) S: - O: Melakukan pemasangan infus dengan cairan RL 20 Tpm	
	Rabu, 01 Juni 2022 09.55- 10.00		5.2 Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan S: pasien mengatakan tidak ada makanan yang membuat alergi dan pasien mengatakan tidak boleh makan nasi yang masih panas, mengurangi makan dan minuman yang manis. O: - 5.3 Mengidentifikasi makanan yang disukai S: pasien mengatakan menyukai makanan coto makkassar O: - 5.4 Memonitor asupan makanan S: pasien mengatakan kurang nafsu makan, 3 hari ini hanya makan 2 kali sehari dan porsi sedikit. O: Bising usus hiperaktif 36 kali/m	

## 2. Kasus II

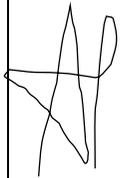
*Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Proses Kasus II*

No	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx Kep	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Proses	Paraf
1	Rabu, 01 Juni 2022 11.30- 11.40	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: O: pasien mengatakan nyerinya sudah 2 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas. Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk. R: pasien mengatakan nyerinya sampai ke tengkuk. T: pasien mengatakan jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh O: pasien terlihat meringis 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	



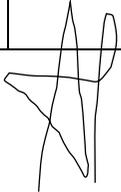
			<p>S: pasien mengatakan skalanya 6, O: pasien terlihat meringis</p> <p>1.3 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri S: pasien mengatakan jika beraktivitas ia bertambah pusing dan biasanya pasien akan beristirahat untuk meredakan pusingnya O: -</p> <p>1.4 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan S: pasien mengatakan bahwa sakitnya berkurang sedikit O: -</p> <p>1.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) S: - O: mengajarkan dan mencontohkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri S: - O: memilih relaksasi nafas dalam karena masih berada di skala 6</p> <p>1.7 Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri S: - O: Pendkes HT</p> <p>1.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri S: - O: menjelaskan presedur teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.9 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri S: - O: mengajarkan relaksasi nafas dalam</p>	
	Rabu, 01 Juni 2022 11.40- 12.00	2	<p>2.1 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung S: pasien mengatakan ia sesak nafas O: RR: 22x/m</p> <p>2.3 Memonitor tekanan darah S: - O: TD: 175/107 mmHg</p> <p>2.4 Memonitor keluhan nyeri dada S: pasien menatakan tidak ada nyeri dada O: -</p>	



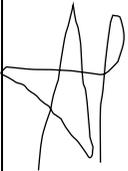
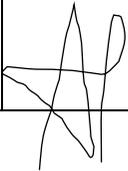
			<p>2.5 Memonitor EKG 12 sadapan S: - O: Normal sinus rytem</p> <p>2.7 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman S: pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya O: memberikan posisi semi-fowler</p> <p>2.8 Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (Terapi <i>Deep Breathing Relaxation</i> dan <i>Foot Massage</i> dengan minyak <i>Eucalytus</i>) S: pasien bersedia diberikan terapi O: dilakukan terapi selama 10 menit</p> <p>2.10 Anjurkan pasien berhenti merokok S: pasien mengatakan perokok aktif O: pendkes tentang bahaya rokok</p>	
	Rabu, 01 Juni 2022 12.00- 12.10	3	<p>3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S: pasien mangatakan belum siap untuk diberikan pendkes O: -</p> <p>3.2 Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat S: pasien mengatakan bahwa jika tidak merokok ia akan mengantuk dan tidak kuat untuk bekerja O: -</p>	

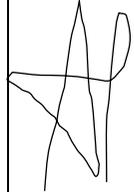
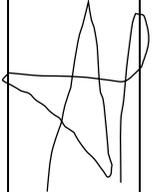
### 3. Kasus III

**Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Proses Kasus III**

No	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx Kep	Implementasi Keperawatan dan Evalusi Proses	Paraf
1	Rabu, 08 Juni 2022	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	

AD

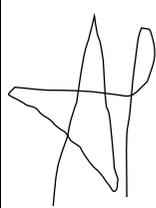
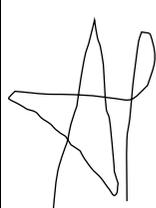
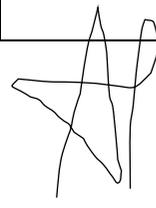
	21.30-21.40		<p>S: O: pasien mengatakan nyerinya sudah 3 hari. P: pasien mengatakan nyeri di bagian kepala dan tengkuk saat beristirahat maupun beraktifitas. Q: pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk. R: pasien mengatakan nyerinya hanya di kepala.T: pasien mengatakan jika nyerinya terus-menerus dan pasien mengatakan akan berbaring untuk mengurangi nyeri yang diderita U: pasien mengatakan dulu tidak pernah mengalami nyeri seperti ini. V: pasien mengharapkan bisa segera sembuh</p> <p>O: pasien terlihat gelisah, pasien terlihat meringis</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri S: pasien mengatakan nyerinya berskala 6 O: pasien meringis</p> <p>1.3 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri S: pasien mengatakan ia akan berbaring untuk mengurangi nyerinya O: -</p> <p>1.4 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan S: pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang O: -</p> <p>1.5 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) S: - O: mengajarkan dan mendemonstrasikan relaksasi nafas dalam</p> <p>1.6 Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri S: - O: karena skala nyerinya 6 maka perawat memilih relaksasi nafas dalam</p> <p>1.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri S: - O: mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri S: - O: relaksasi nafas dalam</p>	
	Rabu, 08 Juni 2022 21.40-21.45	2	<p>2.1 Mengidentifikasi pengalaman mual S: pasien mengatakan mual mulai kemarin O: -</p> <p>2.2 Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup S: pasien mengatakan mual mengganggu aktivitasnya</p>	

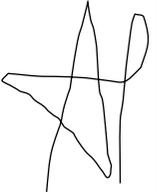
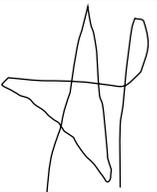
			<p>O: -</p> <p>2.4 Memonitor mual</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien terlihat mual namun tidak muntah</p>	
	Rabu, 08 Juni 2022 21.45- 22.05	3	<p>3.1 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>S: -</p> <p>O: nadi teraba lemah TD: 140/95</p> <p>3.3 Memonitor keluhan nyeri dada</p> <p>S: Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada</p> <p>O: -</p> <p>3.7 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>S: -</p> <p>O: memberikan posisi nyaman mungkin</p> <p>3.4 Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress (Terapi <i>deep breathing relaxation</i> dan <i>foot massage thrapy</i>)</p> <p>S: pasien mengatakan bersedia diberikan terapi</p> <p>O: terapi diberikan terapi selama 10 menit</p>	
	Rabu, 08 Juni 2022 22.05- 22.10	4	<p>4.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>S: Pasien mengatakan gulanya memang selalu tinggi</p> <p>O: -</p> <p>4.3 Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>S: -</p> <p>O: 285 mg/dl</p> <p>4.10 Kalaborasi pemberian cairan IV</p> <p>S: -</p> <p>O: melakukan pemasangan infus dengan cairan RL, 20 tpm</p>	

## G. Evaluasi Keperawatan

### 1. Kasus I

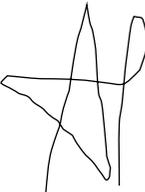
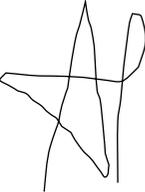
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan Kasus I

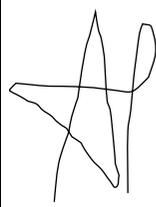
NO	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx	Evaluasi	Paraf																																								
1	Rabu, 01 Juni 2022 10.10	1	<p>S: Pasien mengatakan nyerinya berkurang sedikit O: pasien masih terlihat gelisah A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Mual</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	1	2	5	2	Frekuensi nadi	2	3	5	3	Keluhan nyeri	1	2	5	4	Meringis	1	1	5	5	Gelisah	1	1	5	6	Kesulitan tidur	2	2	5	7	Mual	2	3	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																								
1	Tekanan darah	1	2	5																																								
2	Frekuensi nadi	2	3	5																																								
3	Keluhan nyeri	1	2	5																																								
4	Meringis	1	1	5																																								
5	Gelisah	1	1	5																																								
6	Kesulitan tidur	2	2	5																																								
7	Mual	2	3	5																																								
	Rabu, 01 Juni 2022 10.15	2	<p>S: Pasien mengatakan pusingnya berkurang O: TD: 190/102 mmHg, N: 78x/m, RR:18x/m, CRT &lt; 3 detik A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Akral</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah sistolik	1	2	5	2	Tekanan darah diastolik	1	2	5	3	Pengisian kapiler	1	1	5	4	Akral	1	1	5	5	Pengisian kapiler	1	1	5											
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																								
1	Tekanan darah sistolik	1	2	5																																								
2	Tekanan darah diastolik	1	2	5																																								
3	Pengisian kapiler	1	1	5																																								
4	Akral	1	1	5																																								
5	Pengisian kapiler	1	1	5																																								
	Rabu, 01 Juni 2022 10.20	3	<p>S: pasien merasa lebih rileks dan nyaman O: TD: 190/102 mmHg A: Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian</p>																																									

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Capillary refill time (CRT)</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Pucat/sianosis</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	1	2	5	2	Capillary refill time (CRT)	2	3	5	3	Kekuatan nadi perifer	1	1	5	4	Pucat/sianosis	2	3	5	5	Lelah	2	2	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																														
1	Tekanan darah	1	2	5																														
2	Capillary refill time (CRT)	2	3	5																														
3	Kekuatan nadi perifer	1	1	5																														
4	Pucat/sianosis	2	3	5																														
5	Lelah	2	2	5																														
			P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan																															
	Rabu, 01 Juni 2022 10.25	4	<p>S: pasien mengatakan pusingnya berkurang O: - A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Mengantuk</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mulut Kering</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Mengantuk	2	2	5	2	Pusing	2	3	5	3	Mulut Kering	2	2	5	4	Kadar glukosa dalam darah	2	2	5	5	Lelah	2	2	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																														
1	Mengantuk	2	2	5																														
2	Pusing	2	3	5																														
3	Mulut Kering	2	2	5																														
4	Kadar glukosa dalam darah	2	2	5																														
5	Lelah	2	2	5																														
			P: Hentikan intervensi pasien pindah ruangan																															
	Rabu, 01 Juni 2022 10.30	5	<p>S: pasien mengatakan masih tidak nafsu makan O: bising usus 32 kali/m A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Frekuensi makan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Nafsu makan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Bising usus</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Membran mukosa</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Frekuensi makan	2	2	5	2	Nafsu makan	2	2	5	3	Bising usus	2	2	5	4	Membran mukosa	2	3	5						
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																														
1	Frekuensi makan	2	2	5																														
2	Nafsu makan	2	2	5																														
3	Bising usus	2	2	5																														
4	Membran mukosa	2	3	5																														
			P: Hentikan intervensi pasien pindah ruangan																															

## 2. Kasus II

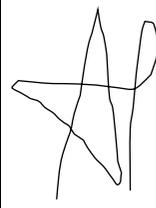
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan Kasus II

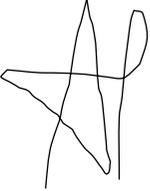
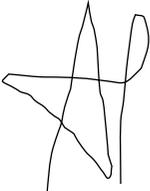
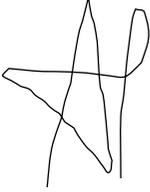
NO	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx	Evaluasi	Paraf																																			
1	Rabu, 01 Juni 2022 12.15	1	<p>S: Pasien mengatakan sudah lebih rileks dan nyerinya berkurang  O: pasien terlihat tenang  A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pola napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pulang</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	2	3	5	2	Pola napas	2	3	5	3	Keluhan nyeri	2	3	5	4	Gelisah	2	2	5	5	Kesulitan tidur	2	2	5	6	Meringis	1	2	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																			
1	Tekanan darah	2	3	5																																			
2	Pola napas	2	3	5																																			
3	Keluhan nyeri	2	3	5																																			
4	Gelisah	2	2	5																																			
5	Kesulitan tidur	2	2	5																																			
6	Meringis	1	2	5																																			
	Rabu, 01 Juni 2022 12.20	2	<p>S: Pasien mengatakan pusingnya berkurang dan merasa lebih rileks  O: TD: 170/103 mmHg, N: 80x/m, RR: 20x/m  A: Masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pulang</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	1	2	5	2	Kekuatan nadi perifer	1	2	5	2	Dispnea	4	3	5																
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																			
1	Tekanan darah	1	2	5																																			
2	Kekuatan nadi perifer	1	2	5																																			
2	Dispnea	4	3	5																																			
	Rabu, 01 Juni 2022 12.25	3	<p>S: pasien mengatakan tidak mau diberikan pendkes karena ingin pulang  O: -  A: Masalah defisit pengetahuan tentang hipertensi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Perilaku sesuai anjuran	3	3	5																										
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																			
1	Perilaku sesuai anjuran	3	3	5																																			

			2	Verbalisasi minat dalam belajar	3	3	5	
			3	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	3	3	5	
			4	Perilaku yang sesuai dengan pengetahuan	3	3	5	
P: Hentikan Intervensi pasien pulang								

### 3. Kasus III

*Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan Kasus III*

NO	Hari/ Tanggal/ Jam	No Dx	Evaluasi	Paraf																																			
1	Rabu, 08 Juni 2022 22.10	1	<p>S: Pasien mengatakan sudah lebih rileks dan pusingnya berkurang  O: pasien terlihat tenang  A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Mual</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	2	3	5	2	Keluhan nyeri	1	2	5	3	Meringis	1	2	5	4	Gelisah	1	2	5	5	Mual	1	1	5	6	Kesulitan tidur	1	1	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																			
1	Tekanan darah	2	3	5																																			
2	Keluhan nyeri	1	2	5																																			
3	Meringis	1	2	5																																			
4	Gelisah	1	2	5																																			
5	Mual	1	1	5																																			
6	Kesulitan tidur	1	1	5																																			
P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan																																							

Rabu, 08 Juni 2022 22.20	2	<p>S: Pasien mengatakan rasa mualnya berkurang O: Pasien terlihat sudah tidak mual lagi A: Masalah neusea teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="712 323 1547 499"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan mual</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Frekuensi menelan</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Jumlah saliva</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Keluhan mual	1	2	5	2	Perasaan ingin muntah	1	2	5	3	Frekuensi menelan	1	1	5	4	Jumlah saliva	1	1	5						
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																													
1	Keluhan mual	1	2	5																													
2	Perasaan ingin muntah	1	2	5																													
3	Frekuensi menelan	1	1	5																													
4	Jumlah saliva	1	1	5																													
Rabu, 08 Juni 2022 22.25	3	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi O: TD: 135/87 mmHg, N: 77x/m, RR: 18x/m A: Masalah penurunan curah jantung teratasi</p> <table border="1" data-bbox="712 655 1547 751"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi pasien pindah ruangan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Tekanan darah	4	5	5	2	Kekuatan nadi perifer	4	5	5																
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																													
1	Tekanan darah	4	5	5																													
2	Kekuatan nadi perifer	4	5	5																													
Rabu, 08 Juni 2022 22.10	4	<p>S: pasien mengatakan pusingnya berkurang O: - A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="712 938 1547 1129"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Mengantuk</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mulut Kering</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi pasien pindah ruangan</p>	NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	1	Mengantuk	2	3	5	2	Pusing	2	2	5	3	Mulut Kering	2	2	5	4	Kadar glukosa dalam darah	2	2	5	5	Lelah	2	3	5	
NO	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																													
1	Mengantuk	2	3	5																													
2	Pusing	2	2	5																													
3	Mulut Kering	2	2	5																													
4	Kadar glukosa dalam darah	2	2	5																													
5	Lelah	2	3	5																													