

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Kasus Kelolaan I (Kelompok Intervensi)

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2022 pukul 11.00 WITA menggunakan autoanamnesa dengan melakukan observasi dan pemeriksaan fisik kepada klien. Pada kasus ini didapatkan hasil data dari klien :

a. Identitas Klien

Nama	: Tn. I
Umur	: 46 th
No MR	: 02049119
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal	: 2 November 1976
BB	: 70 kg
Agama	: Islam
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMA
ekerjaan	: Swasta
Alamat Rumh	: Mangkurawang

Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Data Khusus

1) Subjektif

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri kepala sejak tadi malam.

2) SAMPLE

a) *Symptom*

Klien mengatakan nyeri kepala sejak tadi malam, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri menjalar ke belakang kepala, skala nyeri 3 dan nyeri hilang timbul, wajah klien tampak meringis dan memegangi kepalanya. Klien mengatakan kaki dan tangannya bengkak sejak 1 minggu yang lalu, CRT > 3 detik, tampak edema pada kaki dan tangan, derajat pitting edema +1. Klien mengatakan saat beraktivitas merasa cepat lelah seperti kehabisan energy dan merasa lemas.

b) *Allergies*

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat dan makanan.

c) *Medication*

Klien mengatakan mengkonsumsi obat tekanan amlodipine 5 mg setelah makan malam dan selama di rawat di IGD klien mendapat terapi Syringe pump. Furosemide 20 mg/kg/BB, IVFD. NaCl 0,9% 1000cc/24 jam.

d) Penyakit yang diderita

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.

e) *Last meal* (makan terakhir)

Klien mengatakan terakhir makan pukul 19.00, makan nasi 1 porsi, lauk dan sayur serta makan roti dengan selai kacang.

f) *Event* (kejadian sebelum cedera)

Klien mengatakan dibawa oleh anaknya ke IGD karena merasa nyeri kepala hingga tengkuk sejak tadi malam pukul 03.00 WITA, bengkak pada kaki dan tangan tidak berkurang sejak satu minggu yang lalu serta klien merasakan sesak napas sejak pagi. Klien mengatakan saat beraktifitas cepat lelah seperti kehabisan energy.

c. **Objektif**

1) *Airway*

Look : Tidak ada sumbatan jalan napas

Feel : Terasa hembusan napas

Listen : Tidak ada suara nafas tambahan seperti snoring/
grugling

2) *Breathing*

Pasien sesak napas, pergerakan dada simetris kiri /kanan, irama napas normal, pola napas teratur, RR : 24x/menit

3) *Circulation*

Nadi teraba lemah, N : 90x/ menit, denyut nadi teratur, ekstremitas hangat, CRT >3 detik, mukosa bibir lembab, terdapat edema pada kaki dan tangan.

4) *Disability*

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E4V5M6

Pupil isokor

5) *Exposure & Environment*

Tidak terdapat jejas pada tubuh klien, suhu tubuh 37,3°C

6) *Full set of vital sign*

TD : 170/100 mmHg

HR : 90x/menit

RR : 24x/menit

T : 37,3oC

SpO2 : 97%

7) *Give Comport*

Memberikan posisi semi fowler dan memberikan klien aroma terapi jahe untuk dihirup menggunakan tissue.

8) *History*

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit.

d. *Head to Toe Assessment*

1) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak ada nyeri di kepala.

2) Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, palpebral tidak edema, sclera tidak ikterik, pupil isokor.

3) Telinga

Bersih, tidak ada serumen, simteris kiri/kanan, pendengaran normal.

4) Hidung

Tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung.

5) Mulut

Lidah tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, gigi bersih dan tidak ada kesulitan mengunyah.

6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

7) Jantung

a) Inspeksi : IC di mid clavicularis sinistra ICS 5, pericardium simteris kiri/kanan, tidak ada pembesaran jantung.

b) Palpasi : IC teraba di mid clavicula sinistra ICS 5, IC kuat angkar, tidak teraba getaran pada telapak tangan.

c) Perkusi : Pekak

d) Auskultasi : Terdengar bunyi jantung 1 (lup) dan bunyi jantung 2 (dub)

8) Paru :

a) Inspeksi : *Normal chest*, simetris kiri/kanan, pergerakan dada simetris, *respiratory rate* 23x/menit, tidak ada otot bantu napas

b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, pengembangan paru kiri /kanan simetris, fremitus vocal teraba getar diseluruh lapang paru

c) Perkusi : Sonor

d) Auskultasi : vesikuler

9) Ekstremitas

Terpasang infus di tangan kanan

Atas : kekuatan otot (5/5)

Bawah : kekuatan otot (5/5)

Keterangan :

0 = Paralisis total

1 = Tidak ada gerakan hanya otot yang berkontraksi

2 = Terdapat gerakan hanya pada sendi dan sendi dapat bergeser

3 = Mampu melawan gravitasi namun tidak bisa melawan tahanan

4 = Mampu melawan gravitasi namun tidak kuat

5 = Normal

e. Pemeriksaan Penunjang

EKG : Sinus rhytm

Hasil laboratorium :

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Kasus Kelolaan I

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	14,5	Gr/100ml	P 13 – 16 - W 12 - 14
Hematokrit	39	Vol%	P 40 – 48 – W 37 - 43
Leukosit	11.300	/mm ³	5.000-10.000
Basofil	0,2	%	0-1
Eosinofil	0,1	%	1-3
Neutrofil	83,3	%	50-70
Limfosit	12,9	%	20-40
Monosit	3,5	%	2-8

Thrombosis	187.000	/mm ³	150.000 – 450.000
KIMIA KLINIK			
Glukosa Sewaktu	120		60-150
SGOT	22		P < 35 – W <31
SGPT	31		P < 41 – W <31
Ureum	34		17 – 43
Creatinine	1,0		P 0,7 – 1,2 – W 0,5 – 0,9
Na	159		135 – 155
K	4,1		3,4 – 5,3
Cl	106		98 - 106
SEROLOGI			
HBSAG	NEGATIF		NEGATIF

f. Program Terapi

- 1) Sp. Furosemide 20 mg/kg/BB
- 2) Oksigen nasal 5 liter/ menit
- 3) IVFD. NaCl 0,9% 1000cc/ 24 jam
- 4) Inj. Ketorolac 10 mg/ IV

2. Analisa Data Kasus I

Tabel 3. 2 Analisa Data Kasus Kelolaan I

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan memiliki riwayat tekanan darah tinggi sejak 10 tahun yang lalu - Klien mengatakan napasnya sesak - Klien mengatakan mengkonsumsi obat rutin amlodipine 10 mg Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmHg - Nadi : 90x/menit - RR : 24x/menit - CRT > 3 detik - Nadi perifer teraba lemah 	Perubahan <i>Afterload</i>	Risiko Penurunan Curah Jantung
2	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki dan tangannya bengkak sejak 1 minggu yang lalu - Klien mengatakan napasnya terasa sesak Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Edema pada kaki dan tangan - CRT > 3 detik - Derajat pitting edema +1 	Gangguan Mekanisme Regulasi	Hipervolemia

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapat terapi Sp. Furosemide 20 mg/kg/BB - Nilai lab : Natrium 159 mmol/L (N : 135 – 155) 		
3	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan napasnya sesak - Klien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas - Klien mengatakan merasa lemah seperti kehabisan energi <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100mmHg - Rr : 24x/ menit - SpO2 : 97% 	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada kepalanya - Klien mengatakan nyeri sejak tadi malam - P : Klien mengatakan nyeri kepalanya karena tekanan darah tinggi, Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Klien mengatakan nyeri yang dirasa menjalar hingga ke belakang kepala, S : Klien mengatakan skala nyeri 3, T : Klien mengatakan nyeri yang dirasa hilang timbul <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmHg - Rr : 24x/ menit - Klien tampak memegangi kepalanya - Klien tampak meringis - Klien mendapat terapi Ketorolac 10 mg/ IV 	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut

3. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas

- a. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan *Afterload* (D.0008)
- b. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (D. 0022)
- c. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)
- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan Kasus Kelolaan I

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan <i>Afterload</i> (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan, Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perfier dari skala 2 ke 5 Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat 2. Dispnea dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun 3. Tekanan darah dari skala 3 ke 5 Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik	1. Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 1.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 1.3 Monitor tekanan darah 1.4 Monitor saturasi oksigen 1.5 Monitor keluhan nyeri dada 1.6 Monitor nilai laboratorium jantung Terapeutik 1.7 Posisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien) 1.8 Berikan terapi relaksasi aromaterapi jahe 1.9 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Edukasi 1.10 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Kolaborasi 1.11 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit, diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari skala 2 ke 4 2. Meringis dari skala 3 ke 4 Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang	2. Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 2.1 Identifikais lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 2.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk

		<p>4 : cukup menurun 5 : menurun</p> <p>3. Frekuensi nadi dari skala 2 ke 4 4. Tekanan darah dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	<p>mengurangi rasa nyeri (TENS, hypnosis, terapi music)</p> <p>2.5 Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 2.6 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 2.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi (D.0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Keseimbangan Cairan (L.03030) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Edema dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p> <p>2. Tekanan darah 3. Frekuensi nadi 4. Kekuatan nadi 5. Turgor kulit Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	<p>3. Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 3.4 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) Terapeutik 3.5 Batasi asupan cairan dan garam 3.6 Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi 3.7 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam Kolaborasi 3.8 Kolaborasi pemberian diuretic</p>
4.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit, diharapkan, Toleransi Aktivitas (L.050178) membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Frekuensi nadi dari skala 3 ke 5</p>	<p>4. Manajemen Energi (I.050178) Observasi 3.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.2 Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 3.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus</p>

		2. Saturasi oksigen dari skala 3 ke 5 3. Tekanan darah dari skala 3 ke 5 4. Frekuensi napas dari skala 2 ke 5 5. Keluhan lelah dari skala 2 ke 5 Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik	(mis: cahaya, suara, kunjungan) 3.4 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan Edukasi 3.5 Anjurkan tirah baring 3.6 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap Kolaborasi 3.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	---	---

5. Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan pada Tn. I adalah terapi non farmakologi atau terapi komplementer yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah dengan aromaterapi jahe.






Tabel 3. 4 Intervensi Inovasi








Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Intervensi
Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan <i>Afterload</i> (D.0008)	Terapi inhalasi aromaterapi jahe terhadap penurunan tekanan darah di IGD RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Dilakukan pada tanggal : 1. 17 Desember 2022, pukul 09.25	Pengkajian 1) Kaji keadaan klien 2) Kaji keadaan hidung klien apakah ada massa, secret dan apakah ada gangguan penciuman 3) Kaji kesiapan klien 4) Diagnosa keperawatan yang sesuai : Pre Interaksi 1) Mencuci tangan 2) Mempersiapkan alat : - Minyak jahe untuk aromaterapi - Kassa/ tissue - Tensimeter - Alat tulis - Buku catatan Orientasi 1) Memberi salam dan menyapa nama klien 2) Memperkenalkan duru 3) Melakukan kontrak 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan kepada pasien








		<p>5) Menanyakan kesedian klien untuk dilakukan tindakan</p> <p>6) Mendekatkan alat-alat</p> <p>Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membaca “Basmallah” dan menjaga privasi klien 2) Memberitahu klien bahwa tindakan akan dimulai 3) Posisikan klien nyaman mungkin ditempat tidur 4) Melakukan pengukuran tekanan darah sebelum memulai terapi 5) Teteskan aromaterapi jahe 0,15 ml pada tissue 6) Posisikan tissue yang diberi aromaterapi dengan jarak 2 cm dari hidung 7) Anjurkan klien untuk menghirup aromaterapi jahe selama 15 menit 8) Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisi klien nyaman mungkin 9) Lakukan pengukuran tekanan darah seteka diberikan terapi <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membaca hamdallah 2) Mengevaluasi respon klien 3) Memberi reinforcement positif 4) Merapikan klien dan beri posisi nyaman 5) Do’a 6) Merapikan alat 7) Mencuci tangan <p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi respon klien 2) Evaluasi nilai tekanan darah untuk menentukan keberhasilan tindakan <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Catat hasil pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah intervensi
--	--	--





6. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan I

Tgl/Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
17/12/2022 09.00	I	1.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)	S : Klien mengatakan tangan dan kakinya bengkak Klien mengatakan napasnya sesak O : Tampak edema pada kaki dan tangan RR : 24x/ menit	
09.00	I	1.2 Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)	S : Klien mengatakan tidak ingat dengan berat badan terakhirnya O : -	
09.05	I	1.4 Memonitor saturasi oksigen	S : - O : SpO2 : 97%	
09.08	I	1.9 Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%	S : - O : Klien mendapat terapi O2 nasal kanul 5 lpm	
09.10	I	1.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : 170/100 mmHg	
09.12	I	1.6 Memposisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien)	S : Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisinya O : Klien tampak nyaman	
09.19	II	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S : P : Klien mengatakan nyeri kepalanya karena tekanan darah tinggi, Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Klien mengatakan nyeri yang dirasa menjalar hingga ke belakang kepala, S : Klien mengatakan skala nyeri 3, T	


			: Klien mengatakan nyeri yang dirasa hilang timbul O : Klien tampak memegang kepala Klien tampak meringis	
09.25	I	1.6 Memberikan terapi relaksasi aromaterapi jahe	S : Klien mengatakan bersedia diberikan terapi inhalasi aromaterapi jahe O : Klien diberikan aromaterapi inhalasi jahe sebanyak 3 tetes yang diteteskan pada tissue dengan jarak 3 cm dari hidung	
09.45	III	3.1 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)	S : Klien mengatakan tangan dan kakinya bengkak sejak 1 minggu yang lalu Klien mengatakan sesak napas O : Tampak edema pada kaki dan tangan SpO2 : 97% RR : 24x/menit	
09.46	III	3.3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia	S : - O : N : 90x/menit TD : 170/100 mmHg	
09.50	III	3.7 Meninggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat	S : Klien mengatakan nyaman dengan posisi kepala lebih tinggi O : Memberikan klien posisi kepala lebih tinggi	
09.55	I	1.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD : 165/96 mmHg	
10.00	II	2.7 Mengkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu	S : - O : Klien mendapat injeksi ketorolac 10 mg/IV	
10.15	III		S :	

10.30	IV	3.8 Mengkolaborasikan pemberian diuretic	- O : Klien mendapat terapi Sp. Furosemide 20 mg/Kg/BB	
		4.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	S : Klien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas Klien mengatakan merasa lemah	
10.35	IV	4.5 Menganjurkan tirah baring	O : Rr : 24x/ menit	
			S : Klien mengatakan nyaman saat berbaring	
10.40	IV	4.6 Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap	O : Klien tampak berbaring	
			S : Klien mengatakan akan melakukan mengurangi aktivitas fisik yang dapat menghabiskan energy	
10.45	I	1.4 Memonitor keluhan nyeri dada	O : -	
			S : Klien mengatakan tidak ada nyeri dada	
11.00	I	1.3 Memonitor tekanan darah	O : -	
			S : - O : TD : 130/90 mmHg Nadi : 80x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur RR : 20x/menit	
11.05	I	1.10 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi	S : Klien mengatakan akan mengurangi aktivitas fisik yang dapat membuat cepat lelah	
			O : -	
11.10	II	2.2 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2.3 Mengidentifikasi skala nyeri	S : P : Klien mengatakan nyeri kepalanya karena tekanan darah tinggi, Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Klien mengatakan nyeri yang dirasa menjalar hingga ke belakang kepala, S : Klien mengatakan skala nyeri 2, T	



11.15	II	2.6 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	: Klien mengatakan nyeri yang dirasa hilang timbul O : Klien tampak sesekali memegang kepala Klien hanya meringis sesekali S : Klien mengatakan dapat memahami dan melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri O : Klien tampak melakukan relaksasi napas dalam	
11.25	III	3.4 Memonitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)	S : - O : Hasil laboratorium : Na 159 mmol/L (N:135-55) SGOT 22 u/L (N : P<35-W<31) SGPT 31 u/L (N : P<41-W<31) Hematokrit 35 vol% (N : P40-48-W37-43)	
13.00	III	3.3 Memonitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia	S : - O : TD : 13/90 mmHg Nadi : 79x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur RR : 18x/menit	
13.10	III	3.7 Menganjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam	S : Klien mengatakan sudah 2 kali BAK dengan banyak kira-kira 200 ml O : Urine tampak pekat	

7. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Evaluasi Kasus Kelolaan I

Hari/tgl/ jam	No.Dx	Evaluasi	Paraf
17 Desember 2022 14.00	I	S : - Klien mengatakan tangan dan kakinya bengkak - Klien mengatakan sesak napas berkurang O : - Klien mendapat terapi O2 nasal kanul 5 lpm	

<p style="text-align: center;">17 Desember 2022 14.15</p>	II	<ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan terapi inhalasi aromaterapi jahe - TD : 130/90 mmHg - Nadi : 79x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur - RR : 18x/menit - SpO2 : 99% <p>A :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Indikator</th> <th style="width: 15%;">Sebelum</th> <th style="width: 15%;">Sesudah</th> <th style="width: 15%;">Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perfier</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Risiko Penurunan Curah Jantung teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 1.3 Memonitor tekanan darah</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri kepalanya karena tekanan darah tinggi, Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Klien mengatakan nyeri yang dirasa menjalar hingga ke belakang kepala, S : Klien mengatakan skala nyeri 2, T : Klien mengatakan nyeri yang dirasa hilang timbul - Klien mengatakan dapat memahami dan melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sesekali memegang kepala - Klien hanya meringis sesekali - Klien mendapat injeksi ketorolac 10 mg/ IV - TD : 130/90 mmHg - Nadi : 79x/menit <p>A :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Indikator</th> <th style="width: 15%;">Sebelum</th> <th style="width: 15%;">Sesudah</th> <th style="width: 15%;">Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tangan dan kakinya bengkak sejak 1 minggu yang lalu - Klien mengatakan sesak napasnya berkurang 	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Kekuatan nadi perfier	2	3	5	Dispnea	2	4	4	Tekanan darah	3	4	5	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan nyeri	2	3	4	Meringis	3	4	4	Frekuensi nadi	2	4	4	Tekanan darah	2	3	4	III
		Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																																		
Kekuatan nadi perfier	2	3	5																																				
Dispnea	2	4	4																																				
Tekanan darah	3	4	5																																				
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																																				
Keluhan nyeri	2	3	4																																				
Meringis	3	4	4																																				
Frekuensi nadi	2	4	4																																				
Tekanan darah	2	3	4																																				

<p>17 Desember 2022 14.30</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kaki dan tangan - CRT > 3 detik - Nadi : 79x/menit - TD : 130/90 mmHg <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="683 383 1214 577"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edema</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 3.5 Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan mengurangi aktivitas fisik yang dapat menghabiskan energy - Klien mengatakan untuk duduk dapat sendiri namun untuk berjalan merasa cepat lelah <p>O :</p> <p>TD : 130/90 mmHg Nadi : 79x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur RR : 18x/menit SpO2 : 99%</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Edema	2	2	4	Kekuatan nadi	2	4	4	Frekuensi nadi	2	4	4	Tekanan darah	2	3	4	Turgor kulit	2	2	4	
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																								
Edema	2	2	4																								
Kekuatan nadi	2	4	4																								
Frekuensi nadi	2	4	4																								
Tekanan darah	2	3	4																								
Turgor kulit	2	2	4																								
<p>17 Desember 2022 15.00</p>	<p>IV</p>	<p>A :</p> <table border="1" data-bbox="683 1160 1225 1413"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Saturasi oksigen</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 3.5 Menganjurkan tirah baring</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi nadi	3	4	4	Saturasi oksigen	3	4	4	Tekanan darah	2	3	4	Frekuensi napas	2	3	4	Keluhan lelah	2	2	4	
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																								
Frekuensi nadi	3	4	4																								
Saturasi oksigen	3	4	4																								
Tekanan darah	2	3	4																								
Frekuensi napas	2	3	4																								
Keluhan lelah	2	2	4																								

B. Kasus Kelolaan II (Kelompok Intervensi)

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022 pukul 17.00 WITA menggunakan autoanamnesa dengan melakukan observasi dan pemeriksaan fisik kepada klien. Pada kasus ini didapatkan hasil data dari klien :

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn. J
Umur	: 46 th
No MR	: 12086022
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal	: 3 Mei 1968
BB	: 85 kg
Agama	: Islam
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pedagang
Alamat Rumah	: Sebulu
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Subjektif

1) Data Khusus

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah sejak pagi

2) SAMPLE

a) *Symptom*

Klien merasa mual dan ingin muntah sejak pagi, badan terasa lemas dan saat beraktivitas seperti cepat kehabisan energy dan lelah serta terakhir makan tadi malam

b) *Allergies*

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat dan makanan.

c) *Medication*

Klien mengatakan di rumah mengkonsumsi obat tekanan amlodipine 2 x 5 mg. Klien mendapat terapi candesartan 1 x 8 mg / PO.

d) *Penyakit yang diderita*

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu

e) *Last meal (makan terakhir)*

Klien mengatakan terakhir makan tadi malam nasi 1 porsi, sayuran dan telur serta makan roti.

f) *Event (kejadian sebelum cedera)*

Klien mengatakan dibawa ke IGD oleh istri dan anaknya karena klien mengeluh mual dan ingin muntah sejak pagi, badan terasa lemas.

c. Objektif

1) *Airway*

Look : Tidak ada sumbatan jalan napas

Feel : Terasa hembusan napas

Listen: Tidak ada suara nafas tambahan seperti snoring/ grugling

2) *Breathing*

Pasien tidak sesak napas, pergerakan dada simteris kiri/kanan, irama napas normal, pola napas teratur, RR : 20x/menit, SpO2 : 99%

3) *Circulation*

Nadi teraba, N: 86x/menit, denyut nadi teratur, ekstremitas hangat, CRT < 2 detik, mukosa bibir lembab

4) *Disability*

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E4V5M6

Pupil isokor

5) *Exposure & Environment*

Tidak terdapat jejas

6) *Full set of vital sign*

TD : 165/90 mmHg

HR : 98x/menit

RR : 20x/menit

T : 37 oC

SpO2 : 99%

7) *Give Comport*

Memberikan posisi semi fowler dan memberikan klien aroma terapi jahe untuk dihirup menggunakan tissue.

8) *History*

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit.

d. Head to Toe Assessment

1) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak ada nyeri di kepala.

2) Mata

Bentuk mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, palpebra tdk edema, sclera tidak ikterik, pupil isokor, reflex cahaya +/+.

3) Telinga

Bersih, tidak ada serumen, simetris kiri/ kanan, pendengaran normal

4) Hidung

Tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung

5) Mulut

Lidah tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, gigi bersih dan tidak ada kesulitan mengunyah

6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7) Jantung

a) Inspeksi

IC di mid clavicularis sinistra ICS 5, pericardium simetris kiri/kanan, tdk ada pembesaran jantung

b) Palpasi

IC teraba di mid clavicula sinistra ICS 5, IC kuat angkat, tdk teraba getaran pada telapak tangan

c) Perkusi

Pekak

d) Auskultasi

Terdengar bunyi jantung 1 “lup” dan bunyi jantung 2 “dub”

8) Paru

a) Inspeksi

Normal chest, simetris kiri/kanan, pergerakan dada simetris.

RR 20x/menit, tidak ada otot bantu napas

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, pengembangan paru kiri/ kanan simetris, fremitus vocal teraba getar diseluruh lapang paru

c) Perkusi

Sonor

d) Auskultasi

Vesikuler

9) Ekstremitas

Terpasang infus di tangan kanan

Atas : kekuatan otot (5/5)

Bawah : kekuatan otot (5/5)

Keterangan :

0 = Paralisis total

- 1 = Tidak ada gerakan hanya otot yang berkontraksi
- 2 = Terdapat gerakan hanya pada sendi dan sendi dapat bergeser
- 3 = Mampu melawan gravitasi namun tidak bisa melawan tahanan
- 4 = Mampu melawan gravitasi namun tidak kuat
- 5 = Normal

e. Pemeriksaan Penunjang

EKG : Sinus rhythm

Hasil laboratorium :

Tabel 3. 7 Hasil Laboratorium Kasus Kelolaan II

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	14	Gr/100ml	P 13 – 16 - W 12 - 14
Hematokrit	37	Vol%	P 40 – 48 – W 37 - 43
Leukosit	10.000	/mm ³	5.000-10.000
Basofil	0,2	%	0-1
Eosinofil	0,1	%	1-3
Neutrofil	83,3	%	50-70
Limfosit	12,9	%	20-40
Monosit	3,5	%	2-8
Thrombosis	187.000	/mm ³	150.000 – 450.000
KIMIA KLINIK			
Glukosa Sewaktu		mg/dl	60-150
SGOT	22	U/L	P < 35 – W <31
SGPT	31	U/L	P < 41 – W <31
Ureum	34	mg/dl	17 – 43
Creatinine	1,0	mg/dl	P 0,7 – 1,2 – W 0,5 – 0,9
Na	140	mmol/L	135 – 155
K	4,1	mmol/L	3,4 – 5,3
Cl	106	mmol/L	98 - 106
SEROLOGI			
HBSAG	NEGATIF		NEGATIF

f. Program Terapi

- 1) Candesartan 1 x 8 mg/PO
- 2) IVFD. Nacl 0,9% 10 tpm

3) Inj. Omeprazole 40 mg/IV

2. Analisa Data

Tabel 3. 8 Analisa Data Kasus Kelolaan II

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data Subjektif : - Klien mengatakan memiliki riwayat tekanan darah tinggi sejak 5 tahun yang lalu - Klien mengatakan mengkonsumsi obat rutin amlodipine 5 mg setiap hari Data Objektif : - TD : 165/90 mmHg - Nadi : 98x/menit - RR : 26x/menit - Klien mendapat terapi candesartan 1 x 8 mg/PO	Perubahan <i>Afterload</i>	Risiko Pemurunan Curah Jantung
2	Data Subjektif : - Klien mengatakan lelah - Klien mengatakan merasa tidak nyaman setelah melakukan aktivitas Data Objektif : - Klien tampak lesu	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
3	Data Subjektif : - Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah - Klien mengatakan terakhir makan tadi malam Data Objektif : - Mukosa bibir kering - N : 86x/ menit - Klien mendapat inj. Omeprazole 40 mg/IV	Faktor Psikologis (mengeluh mual)	Nausea

3. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas

- a. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan *Afterload* (D.0008)
- b. Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (mengeluh mual) (D.0076)
- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)

4. Intervensi Keperawatan





Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan Kasus Kelolaan II










No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan <i>Afterload</i> (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan, Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perfier dari skala 2 ke 5 Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat 2. Dispnea dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun 3. Tekanan darah dari skala 3 ke 5 Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik	1. Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 1.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 1.3 Monitor tekanan darah 1.4 Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1.5 Posisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien) 1.6 Berikan terapi relaksasi aromaterapi jahe Edukasi 1.7 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Kolaborasi 1.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2.	Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (mengeluh mual) (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit, diharapkan, Tingkat Nausea (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual dari skala 3 ke 4 Keterangan : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun	2. Manajemen Mual (L.03117) Observasi 2.1 Identifikasi pengalaman mual 2.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 2.3 Identifikasi faktor penyebab mual 2.4 Monitor mual Terapeutik 2.5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 2.6 Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Kolaborasi 2.7 Kolaborasi pemberian antiemetik, jika





3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit, diharapkan, Toleransi Aktivitas (L.050178) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi dari skala 3 ke 5 2. Saturasi oksigen dari skala 3 ke 5 3. Tekanan darah dari skala 3 ke 5 4. Frekuensi napas dari skala 2 ke 5 5. Keluhan lelah dari skala 2 ke 5 <p>Keterangan : 1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	<p>3. Manajemen Energi (I.050178) Observasi 3.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3.2 Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 3.3 Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 3.4 Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan Edukasi 3.5 Anjurkan tirah baring 3.6 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap Kolaborasi 3.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
----	---	---	---

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan II




Tgl/Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
17/12/2022 08.15	I	1.4 Memonitor saturasi oksigen	S : - O : SpO2 : 99%	
08.16	I	1.3 Memonitor tekanan darah	S : : O : 165/90 mmHg	
08.20	I	1.7 Memposisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien)	S : Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisinya O : Klien tampak nyaman	
08.25	I	1.6 Memberikan terapi relaksasi aromaterapi jahe	S : Klien mengatakan bersedia diberikan terapi inhalasi aromaterapi jahe O : Klien diberikan aromaterapi inhalasi jahe sebanyak 3 tetes yang diteteskan pada tissue	

08.30	II	2.1 Mengidentifikasi pengalaman mual	dengan jarak 3 cm dari hidung S : Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah Klien mengatakan mual sejak pagi O : Mukosa bibir tampak kering	 
08.34	II	2.4 Memonitor mual	S : Klien mengatakan mual sejak pagi O : Klien tampak lemah	
08.35	I	1.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD : 162/87 mmHg	
09.00	II	2.7 Mengkolaborasi pemberian antiemetik	S : - O : Klien mendapat inj. Omeprazole 40 mg/IV	 
09.25	I	1.11 Mengkolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu	S : - O : Klien mendapat terapi candesartan 1x8 mg/PO	
09.35	I	3.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional	S : Klien mengatakan cepat lelah saat beraktivitas Klien mengatakan merasa lelah O : Rr : 20x/ menit	
09.38	III	3.5 Menganjurkan tirah baring	S : Klien mengatakan nyaman saat berbaring O : Klien tampak berbaring	
09.35	III	3.6 Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap	S : Klien mengatakan akan melakukan mengurangi aktivitas fisik yang dapat menghabiskan energy	

09.45	I	1.3 Memonitor tekanan darah	O : - S : - O : TD : 150/60 mmHg Nadi : 82x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur RR : 20x/menit	
09.55	I	1.10 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi	S : Klien mengatakan akan mengurangi aktivitas fisik yang dapat membuat cepat lelah O : -	
10.00	III	3.4 Memonitor mual	S : Klien mengatakan mual berkurang O : Klien tampak tenang	
10.10	III	3.6 Memberikan makan sedikit demi sedikit	S : Klien mengatakan makan roti sedikit sedikit O : -	

6. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 11 Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan II

Hari/tgl/ jam	No.Dx	Evaluasi	Paraf												
19 Desember 2022 11.00	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan terapi inhalasi aromaterapi jahe - TD : 150/60 mmHg - Nadi : 82x/menit, nadi kuat angkat, irama teratur - RR : 20x/menit - SpO2 : 99% <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Risiko Penurunan Curah Jantung teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 1.3 Memonitor tekanan darah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Tekanan darah	3	4	5	 				
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target												
Tekanan darah	3	4	5												
19 Desember 2022 11.30	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual berkurang - Klien mengatakan sudah bisa makan roti sedikit – sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien tampak dapat beristirahat <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan mual</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 3.4 Memonitor mual</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan mual	2	3	4					
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target												
Keluhan mual	2	3	4												
19 Desember 2022 11.40	III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan mengurangi aktivitas fisik yang dapat menghabiskan energy - Klien mengatakan untuk duduk dapat sendiri namun untuk berjalan merasa cepat lelah <p>O :</p> <p>TD : 150/60 mmHg Nadi : 82x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 99%</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Saturasi oksigen</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi nadi	3	4	4	Saturasi oksigen	3	4	4	
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target												
Frekuensi nadi	3	4	4												
Saturasi oksigen	3	4	4												

		Tekanan darah	2	3	4		
		Frekuensi napas	2	3	4		
		Keluhan lelah	2	2	4		
		Masalah keperawatan Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian					
		P : Pertahankan intervensi 3.55 Menganjurkan tirah baring					

C. Kasus Kelolaan III (Kelompok Kontrol)

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2022 pukul 18.00 WITA menggunakan autoanamnesa dengan melakukan observasi dan pemeriksaan fisik kepada klien. Pada kasus ini didapatkan hasil data dari klien :

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. K
 Umur : 43 th
 No MR : 07056178
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal : 1 Desember 1979
 BB : 75 kg
 Agama : Islam
 Status : Menikah
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : IRT
 Alamat Rumah : Loa Lepu
 Diagnosa Medis : Hipoglikemia + hipertensi

b. Data Khusus

1) Subjektif

a) Keluhan Utama

Klien mengatakan badannya terasa lemas

2) SAMPLE

a) *Symptom*

Klien mengatakan badannya terasa lemas, gemetar dan berkeringat dingin disertai mual, ingin muntah dan sesak napas

b) *Allergies*

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat dan makanan.

c) *Medication*

Klien mendapat terapi inj. Ondansentron 4 mg/ IV dan drip D10%. Selama dirumah, klien mengkonsumsi obat rutin amlodipine 1x5 mg, metformin 3 x 500 mg.

d) Penyakit yang diderita

Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus kurang lebih 3 tahun yang lalu.

e) *Last meal* (makan terakhir)

Klien mengatakan makan hanya sedikit nasi dan lauk sore tadi

f) *Event* (kejadian sebelum cedera)

Klien mengatakan dibawa oleh suaminya ke IGD karena badannya terasa lemas dan berkeringat dingin, mual dan ingin muntah

c. Subjektif

1) *Airway*

Look : Tidak ada sumbatan jalan napas

Feel : Terasa hembusan napas

Listen : Tidak ada suara nafas tambahan seperti snoring/ grugling

2) *Breathing*

Pasien tidak sesak napas, pergerakan dada simteris kiri/kanan, irama napas normal, pola napas teratur, RR : 22x/menit

3) *Circulation*

N : 90x /menit, denyut nadi teratur, ekstremitas hangat, CRT <32 detik, mukosa bibir lembab

4) *Disability*

Kesadaran : Composmentis

GCS : E4V5M6

Pupil isokor

5) *Exposure & Environment*

Tidak terdapat jejas di seluruh tubuh

6) *Full set of vital sign*

TD : 160/100 mmHg

HR : 110x/menit

RR : 24x/menit

T : 36oC

SpO2 : 99%

7) *Give Comport*

Memberikan posisi semi fowler

8) *History*

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit karena jatuh dari motor

d. *Head to Toe Assessment*

1) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, tidak ada nyeri di kepala.

2) Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, palpebral tidak edema, sclera tidak ikterik, pupil isokor

3) Telinga

Bersih, tidak ada serumen, simetris kiri/kanan, pendengaran normal

4) Hidung

Tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung

5) Mulut

Lidah tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab, gigi bersih dan tidak ada kesulitan mengunyah

6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7) Jantung

a) Inspeksi

IC di mid clavicularis sinistra ICS 5, pericardium simteris kiri/kanan, tdk ada pembesaran jantung

b) Palpasi

IC teraba di mid clavicula sinistra ICS 5, IC kuat angkat, tdk teraba getaran pada telapak tangan

c) Perkusi

Pekak

d) Auskultasi

Terdengar bunyi jantung I dan bunyi jantung II

8) Paru

a) Inspeksi

Normal chest, simetris kiri/kanan, pergerakan dada simetris, RR 26x/menit, tidak ada otot bantu napas

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, pengembangan paru kiri/kanan simetris, fremitus vocal teraba getar diseluruh lapang paru

c) Perkusi

Sonor

d) Auskultasi

Vesikuler

9) Ekstremitas

Terpasang infus di tangan kiri

Atas : kekuatan otot (5/5)

Bawah : kekuatan otot (5/5)

Keterangan :

0 = Paralisis total

1 = Tidak ada gerakan, teraba/ terlihat ada kontraksi otot

2 = Ada gerakan pada sendi tapi dapat melawan gravitasi (hanya bergeser)

3 = Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan pemeriksa

4 = Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang

5 = Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal/ normal

e. Pemeriksaan Penunjang

EKG : Sinus rhytm

Hasil laboratorium :

f. Program Terapi

- 1) Inj. Ondansentron 4 mg/ IV
- 2) Drip D40 50 ml
- 3) Amlodipine 5 mg/ PO
- 4) Nasal kanul 5 lpm

2. Analisa Data

Tabel 3. 12 Analisa Data Kasus Kelolaan III

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	Data Subjektif : - Klien mengatakan sesak napas - Klien mengatakan memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan	Perubahan <i>Afterload</i>	Risiko Pemurunan Curah Jantung

	<p>diabetes mellitus sejak 3 tahun yang lalu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengkonsumsi obat rutin amlodipine 5 mg setiap hari - Klien mengatakan sesak napas <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/100 mmHg - Nadi : 97x/menit - RR : 26x/menit - CRT >3 detik 		
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas - Klien mengatakan berkeringat dingin - Klien mengatakan terakhir makan sore tadi dengan nasi sedikit - Klien mengatakan mengkonsumsi metformin 3 x 500 mg/PO <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - GDS : 70 mg/dL - Klien mendapat drip D40 50 ml 	Hipoglikemia	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
3	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah - Klien mengatakan merasa lemas <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukosa bibir kering - N : 89x/ menit - Klien mendapat inj. Omeprazole 4 mg/IV 	Faktor Psikologis (mengeluh mual)	Nausea

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hipoglikemia (D.0027)
- b. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan *Afterload* (D.0008)
- c. Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (mengeluh mual) (D.0076)

4. Intervensi Keperawatan



Tabel 3. 13 Intervensi Keperawatan Kasus Kelolaan III









No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hipoglikemia (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Gemetar dari skala 2 ke 4 2 Berkeringat dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 3. Kadar glukosa darah dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	1. Manajemen Hipoglikemia (I.03113) Observasi 1.1 Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 1.2 Identifikasi penyebab kemungkinan hipoglikemia Terapeutik 1.3 Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 1.4 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5 Anjurkan monitor kadar glukosa darah Edukasi 1.6 Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian dextrose, jika perlu
2.	Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan, Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dispnea dari skala 2 ke 4 Keterangan : 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun 2. Tekanan darah dari skala 3 ke 5 Keterangan : 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik	2. Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 2.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 2.3 Monitor tekanan darah 2.4 Monitor saturasi oksigen Terapeutik









			<p>2.5 Posisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien)</p> <p>2.6 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Edukasi</p> <p>2.7 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
3.	Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (mengeluh mual) (D.0076)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit, diharapkan, Tingkat Nausea (L.1211) menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan mual dari skala 3 ke 4</p> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p>	<p>3. Manajemen Mual (L.03117)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi pengalaman mual</p> <p>3.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</p> <p>3.3 Identifikasi faktor penyebab mual</p> <p>3.4 Monitor mual</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</p> <p>3.6 Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.7 Kolaborasi pemberian antiemetik, jika</p>

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 14 Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan III




Tgl/Jam	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
17/12/2022 19.00	I	1.1 Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia	S : Klien mengatakan badannya lemas dan berkeringat dingin serta gemetar O : Klien tampak lemas	
19.15	I	1.5 Menganjurkan monitor kadar gula darah	S : - O : GDS : 70 mg/dL	
19.20	II	2.5 Memonitor tekanan darah	S	

			: O : 160/100 mmHg	
19.25	II	2.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)	S : Klien mengatakan sesak napas O : RR : 26x/ menit	
19.30	II	2.2 Monitor saturasi oksigen	S : - O : Saturasi oksigen 96%	
19.40	II	2.6 Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%	S : - O : Klien mendapat O2 nasal kanul 5 lpm	
19.45	I	1.2 Mengidentifikasi penyebab hipoglikemia	S : Klien mengatakan terakhir makan sore tadi O : Klien tampak lemas Mukosa bibir kering	
19.55	III	2.8 Memposisikan semifowler atau fowler (senyaman pasien)	S : Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisinya O : Klien tampak nyaman	
20.00	III	3.1 Mengidentifikasi pengalaman mual	S : Klien mengatakan merasa mual dan ingin muntah O : Mukosa bibir tampak kering	
20.15	III	3.4 Memonitor mual	S : Klien mengatakan mual sejak pukul 18.00 O : Klien tampak lemah	
20.40	III	3.7 Mengkolaborasikan pemberian antiemetic	S : - O : Klien mendapat injeksi ondansentron 4 mg/ IV	
20.50	I	1.8 Mengkolaborasikan pemberian dextrose, jika perlu	S : -	

20.55	I	1.9 Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia	<p>O : Klien mendapat terapi drip dextrose 40%</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien mengatakan mengerti untuk mencegah hipoglikemia dengan mengkonsumsi makanan atau minuman manis seperti teh dan makanan seperti roti manis</p>	 
20.56	I	1.5 Menganjurkan monitor kadar gula darah	<p>S : -</p> <p>O : GDS 110 mg/Dl</p>	
20.57	III	3.4 Memonitor mual	<p>S : Klien mengatakan mual berkurang</p> <p>O : Klien tampak tenang</p>	
21.05	I	1.5 Memonitor tekanan darah	<p>S : -</p> <p>O : 154/95 mmHg</p>	
21.10	II	2.10 Monitor saturasi oksigen	<p>S : -</p> <p>O : 99%</p>	   

6. Evaluasi

Tabel 3. 15 Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan III

Hari/tgl/ jam	No. Dx	Evaluasi	Paraf																
17 Desember 2022 21.30	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemasnya berkurang - Klien mengatakan sudah tidak berkeringat dingin - Klien mengatakan masih sedikit gemetar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 100 mg/dL <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gemetar</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berkeringat</td> <td>2</td> <td>3</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 keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 1.5 Memonitor kadar glukosa darah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Gemetar	2	3	4	Berkeringat	2	3	4	Kadar glukosa darah	3	3	4	 
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																
Gemetar	2	3	4																
Berkeringat	2	3	4																
Kadar glukosa darah	3	3	4																
17 Desember 2022 21.40	II	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>O :</p> <p>RR : 18x. menit SpO2 : 99%</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Risiko Penurunan Curah Jantung teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Pertahankan intervensi 1.5 Memonitor tekanan darah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Dispnea	2	4	4	Tekanan darah	2	3	4					
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																
Dispnea	2	4	4																
Tekanan darah	2	3	4																
17 Desember 2022 22.00	III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang - Klien tampak dapat beristirahat - Klien mendapat injeksi ondansentron 4 mg/IV - Mukosa bibir tampak sedikit lembab <p>A :</p>																	

Indikator	Sebelum	Sesudah	Target
Keluhan mual	2	3	4
Masalah keperawatan nausea teratasi sebagian			