

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada Tanggal 02 Juni 2022

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. H
Umur	: 55 Th
No RM	: 231xxx
Berat Badan	: 60 Kg
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tanggal Masuk RS	: 02 Juni 2022
Agama	: Islam
Suku	: Bugis
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Tanjung laut
Diagnosis Medis	: Hipertensi Urgensi

2) Data Khusus

a. Subjektif

1) Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pada saat pengkajian klien mengatakan jantung berdebar-debar.

2) SAMPLE

a) *Symptom*

Klien mengatakan jantung berdebar-debar, pusing, sakit kepala dan lemas

b) Alergies

Klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obatobatan dan juga makanan

c) Medication

Klien mengatakan obat rutin yang di konsumsi yaitu captopril 25 mg yang diminum sehari sekali menjelang tidur malam

d) Penyakit yang diderita

Klien mengatakan memiliki penyakit tekanan darah tinggi

e) Last Meal (Makan Terakhir)

Klien mengatakan sebelum ke rumah sakit klien makan nasi kuning dan minum teh

f) Event (Kejadian sebelum cedera)

Sebelum tekanan darahnya naik, klien baru saja bangun dari tidur. Saat bangun, klien merasa pusing dan jantung berdebar-debar. Klien mengatakan sehari sebelumnya klien merasa lelah karena memasak untuk pesanan hajatan.

b. Objektif

1) Airway

Jalan napas paten, lidah tidak jatuh kebelakang, tidak ada benda asing pada jalan napas. Tidak ada suara napas tambahan

2) *Breathing*

Pola napas efektif, frekuensi 20x/menit, irama teratur, SpO₂: 99% , bunyi napas vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada pernapasan cuping hidung.

3) *Circulation*

Nadi : 111x/menit, irama teratur, teraba kuat, TD: 196/110 mmHg, akral teraba hangat. Tidak ada sianosis, CRT < 2 detik, warna kulit kuning langsung.

4) *Disability*

GCS = 15 E4 V5 M6 compos mentis, reaksi pupil positif terhadap cahaya

5) *Exposure*

Tidak ada jejas pada tubuh klien dan tidak ada tanda-tanda perdarahan

6) *Full Of Vital Sign*

Tekanan Darah : 196/110 mmHg

MAP : 138,6 mmHg

Nadi : 111x/menit

Respirasi : 20x/menit

SpO₂ : 99 %

Temperatur : 36,8 ° C

Pengkajian nyeri OPQRSTUV:

O: Klien mengatakan nyeri kepala muncul sejak tadi pagi, P:

Nyeri Kepala dirasakan saat tekanan darah naik, dan nyeri

hilang timbul, Q: nyeri seperti dipukul benda tumpul dan nyut-nyutan, R :Klien mengatakan nyeri dari bagian kepala dan tengkuk, S: Skala nyeri 3 (Nyeri Ringan) T : Klien mengatakan saat nyeri untuk meredakannya klien duduk bersandar dikursi, U: Klien mengatakan cukup sering mengalami nyeri seperti ini V: Klien berharap nyeri segera hilang hilang

7) *Give Comfort*

Klien akan diberikan terapi relaksasi genggam jari, pijat *Effleurage* dan terapi murottal dzikir asmaul husna

8) *History*

Klien masuk IGD rujukan dari RSIB dan di antar oleh keluarganya. Klien masuk ke IGD pada tanggal 02 juni 2022 pukul 08.58 Wita. Dengan keluhan jantung berdebar-debar sejak kemarin disertai sedikit pusing, sakit kepala dan lemas. Klien mengatakan merasa mual tetapi tidak muntah, mulut terasa asam. Sehari sebelum ke RS, klien pergi ke klinik dan diberikan obat captopril 25 mg lalu klien di bawa ke RSIB (TD 205/115 mmHg) dari RSIB klien di arahkan ke RSUD Taman Husada Bontang. Saat masuk IGD tekanan darah klien 196/110 mmHg, klien terlihat lemas.

3) Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan – Manajemen kesehatan

Klien mengatakan kurang puas dengan kesehatannya saat ini. Klien mengatakan rumahnya dekat dengan fasilitas kesehatan, jadi jika ada anggota keluarga yang sakit akan dibawa ke fasilitas kesehatan.

b) Pola Nutrisi – Metabolik

Klien mengatakan makan 3 kali sehari, nafsu makan klien biasanya baik, hanya saja hari ini klien mengatakan mual dan mulut terasa asam. Klien mengatakan biasa makan dengan nasi, lauk dan sayur seperti ikan, ayam, daging. Klien mengatakan minum air putih 4-5 gelas sehari. Klien juga mengatakan kadang minum kopi atau teh di pagi hari. Berat badan klien 60 kg, Tinggi badan 160 cm, IMT : 23, 4 kg/m² (Ideal)

c) Pola Eliminasi

Klien mengatakan biasanya BAB 1 x sehari saat pagi hari, konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan. Untuk BAK 4 – 6 kali dalam sehari tergantung dari banyaknya air yang diminum, warna kuning jernih. Tidak ada keluhan saat BAB dan BAK

d) Pola Aktivitas – Latihan

Klien mengatakan untuk aktivitas sehari-hari klien mampu melakukan secara mandiri.

e) Pola Tidur – Istirahat

Klien mengatakan jarang tidur siang. Untuk tidur malam klien tidur jam 21.30 wita – 05.00 wita tidak ada kesulitan untuk memulai tidur. Klien mengatakan kadang terbangun di malam hari karena ingin buang air kecil.

f) Pola Kognitif dan Perseptual

Klien mampu berkomunikasi dengan baik dan suara yang jelas, klien mengatakan tidak memiliki gangguan pengecap, pendengaran maupun perubahan penciuman. Penglihatan klien kabur, klien menggunakan kacamata, klien tampak gelisah. Klien mengatakan pusing dan sakit kepala dan tengkuk.

g) Pola Persepsi diri dan Konsep diri

Citra diri : klien merasa puas dengan apa yang ada pada dirinya saat ini, ia tidak merasa malu dengan kondisi yang ada saat ini

Identitas diri : klien adalah seorang perempuan

Ideal diri : klien tidak mengalami masalah dengan anggota tubuhnya Harga diri : klien tidak malu atas apa yang ada di dirinya

h) Pola Peran – Hubungan

Dalam keluarga Ny. N berperan sebagai seorang ibu, istri dan nenek. Ny. N memiliki 2 orang anak. Ny. N tinggal bersama suami.

Hubungan Ny. N dan keluarganya baik.

i) Pola Seksualitas dan Reproduksi

Klien mengatakan sudah tidak menstruasi sejak setahun lalu dan klien tidak menggunakan KB. Tidak ada kelainan pada sistem reproduksi klien

j) Pola Koping dan Ketahanan Stress

Klien mengatakan jika ada masalah klien selalu membicarakan dengan suaminya. Jika stress klien lebih memilih untuk menonton atau main bersama dengan cucunya

k) Pola Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan selalu shalat 5 waktu, klien shalat dirumah jika suami shalat dirumah maka disempatkan untuk berjamaah.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Lemah, Kepala: Bentuk kepala bulat, tidak ada cedera pada kepala, rambut berwarna hitam, terdapat uban. Mata: Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, penglihatan kabur. Telinga: Telinga simetris kanan dan kiri, bersih tidak ada serumen, tidak memiliki gangguan pendengaran. Hidung: Tidak ada pernafasan Cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip. Mulut: Mulut bersih, mukosa bibir lembab, gigi bersih, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada stomatitis. Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan didaerah leher

b) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak, tidak ada pembesaran

Palpasi : Palpasi ictus cordis teraba di ICS IV dan V

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak ada bunyi tambahan.

c) Paru-paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris kanan kiri, tidak ada jejas, tidak ada otot bantu pernafasan.

Palpasi : Vocal fremitus kanan dan kiri sama, tidak ada pembesaran paru-paru, tidak ada nyeri tekan pada dada

Perkusi : sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

d) Abdomen

Inspeksi : Perut datar, umbilikus bersih, tidak terdapat distensi abdomen

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Suara timpani

Auskultasi : Bising usus 12x/menit

e) Genitalia : Keadaan genitalia bersih, rectum tidak terdapat hemoroid

f) Ekstremitas

Atas : tidak ada luka maupun edema, kekuatan otot 5/5

Bawah : tidak ada luka maupun edema, kekuatan otot 5/5

5) Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tgl Pemeriksaan : 02 Juni 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Darah Lengkap		
Hemoglobin	10,7	10.85-14,9 g/dl
Basofil	0.086	0.02-0.09
Basofil %	0.9	0-1 %
MCV	88.7	71.8-92 fL
Natrium	140	135-145 mmol/l
MCH	28.4	22.6-31 pg

Hematokrit	33.5	34-45,1 %
Kalium	3.4	3.5-5.1 mmol/l
MCHC	32	30.8-35.3 g/dl
Neutrofil %	69.9	42.5-71 %
Limfosit %	21.9	20.4-44.6 %
Monosit	0.533	0.33-0.91
Limfosit	2.09	1.46-3.73
Eritrosit	3.78	4.11-5.55 10 ⁵ /uL
Chlorida	108	98-108 mmol/l
PLT	269	216-451 10 ⁵ /uL
Kimia Klinik		
SGPT	7,9434	5-42 u/l
SGOT	11.07144	5-37 u/l
Creatinin	1.849376	0.51-0.95 mg/dl
Ureum	47.69731	10-49.9 mg/dl
Glukosa Darah Sewaktu	128.275	60/115 mg/dl

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

b. EKG

Hasil : Sinus Takikardi

6) Program Terapi/Pengobatan

- a. Ranitidine inj 25 mg/ml
- b. Captopril tab 25 mg
- c. Bisoprolol tab 2,5 mg
- d. Atorvastatin tab 20 mg
- e. Clopidogrel tab 75 mg

B. Analisis Data

Hasil analisis data pada tanggal 02 Juni 2022:

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan jantung berdebar-debar b. Klien mengatakan merasa pusing c. Klien mengatakan badan terasa lemas <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> c. CRT < 2 detik d. TTV <p>TD : 196/110 mmHg N : 111 x/ menit (Takikardi) RR : 20x/menit SpO2 : 99%</p>	<p>Perubahan Irama Jantung dan Perubahan Afterload</p>	<p>Penurunan Curah Jantung</p>

	<p>S : 36,8 °C</p> <p>e. Gambaran EKG Sinus Takikardi</p>		
2	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa pusing dan Sakit kepala O: Klien mengatakan nyeri kepala muncul sejak tadi pagi, P: Nyeri Kepala dirasakan saat tekanan darah naik, dan nyeri hilang timbul, Q: nyeri seperti dipukul benda tumpul dan nyut-nyutan, R :Klien mengatakan nyeri dari bagian kepala dan tengkuk, S: Skala nyeri 3 (Nyeri Ringan) T : Klien mengatakan saat nyeri untuk meredakannya klien duduk bersandar dikursi, U: Klien mengatakan cukup sering mengalami nyeri seperti ini V: Klien berharap nyeri segera hilang hilang <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemas Klien gelisah TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 196/110 mmHg N : 111 x/ menit RR : 20x/menit SpO2 : 99% S : 36,8 °C 	<p>Agen Pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p>
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan Kepala terasa pusing Klien mengatakan merasa mual tapi tidak muntah Klien mengatakan mulut terasa asam Klien mengatakan badan terasa lemas <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien terlihat lemas TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 196/110 mmHg N : 111 x/ menit RR : 20x/menit SpO2 : 99% S : 36,8 °C 	<p>Peningkatan Tekanan Darah</p>	<p>Nausea</p>

Tabel 3.2 Analisis Data

C. Diagnosis Prioritas Masalah Keperawatan

1. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung dan perubahan *afterload* ditandai dengan Palpitasi dan peningkatan tekanan darah (**D.0008**)
2. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Darah ditandai dengan Mual (**D.0076**)
3. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan Sakit Kepala (**D. 0077**)

D. Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung dan perubahan <i>Afterload</i> ditandai dengan Palpitasi dan peningkatan tekanan darah (D.0008)	<p>Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan curah jantung meningkat dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Palpitasi dari skala 2 menjadi 4 b. Takikardi dari skala 3 menjadi 5 c. Lelah dari skala 2 menjadi 4 d. Tekanan Darah dari skala 1 menjadi 3 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>Perawatan Jantung (I.02075) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 1.2 Identifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung 1.3 Monitor tekanan darah 1.4 Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi penyebab (mis.relaksasi genggam jari, pijat <i>Effleurage</i>, dan terapi murottal dzikir Asma'ul Husna) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.6 1.8 Kolaborasi pemberian antiaritmia, Jika perlu
2.	Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Darah ditandai dengan Mual (D.0076)	<p>Tingkat Nausea (L.08065) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan nausea menurun dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan Mual dari skala 3 menjadi 5 	<p>Manajemen Mual (I.03117) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi faktor penyebab mual 1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p>

		<p>b. Perasaan ingin muntah dari skala 3 menjadi 5</p> <p>c. Perasaan asam di mulut dari skala 3 menjadi 5</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>1.3 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</p> <p>1.4 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5 Anjurkan Istirahat dan tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberian antiemetik jika perlu</p>
3.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan Sakit Kepala (D. 0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 60 menit diharapkan Status kenyamanan meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan Nyeri dari skala (3) menjadi (5) b. Gelisah dari skala (3) menjadi (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun <p>c. Tekanan Darah dari skala (1) menjadi (3)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi skala nyeri 3.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.relaksasi genggam jari, pijat <i>Effleurage</i>, dan terapi murottal dzikir Asma'ul Husna) 3.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3.6 Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan




E. Intervensi Inovasi





No.	Diagnosa	Intervensi Inovasi	Intervensi
1.	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan irama jantung dan perubahan <i>Afterload</i> ditandai dengan Palpitasi (D.0008)	Terapi relaksasi genggam jari, kombinasi dengan pijat <i>Effleurage</i> dan terapi <i>murottal asmaul husna</i> terhadap tekanan darah dilakukan pada tanggal 02 Juni 2022 Pukul 09.20 Wita	a. Mengkaji keadaan pasien (tanda-tanda vital) Pra interaksi b. Mencuci tangan c. Mempersiapkan alat Fase Orientasi d. Memberikan salam dan menyapa pasien e. Memperkenalkan diri dan melakukan kontrak f. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan g. Menanyakan kesiapan pasien h. Mendekatkan alat Fase Kerja i. Membaca basmalah dan menjaga privasi klien j. Posisikan klien pada posisi duduk atau dengan posisi nyaman k. Pilih area tubuh yang akan di pijat (bagian punggung) l. Instruksikan klien untuk memeluk bantal m. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan (15 menit) n. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan o. Letakkan kedua tangan pada punggung klien, mulai dengan gerakan mengusap dan bergerak dari bagian bahu menuju sacrum p. Buat gerakan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakkan secara perlahan berikan penekanan arahkan penekanan kebawah sehingga tidak mendorong pasien kedepan q. Setelah pijat selesai minta klien untuk merilekskan semua pikiran dan tetap tenang r. Selanjutnya instruksikan klien untuk menggenggam jari tangan dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. s. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih 15 menit t. Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama u. Disela relaksasi genggam jari klien di beri terapi <i>murottal asmaul husna</i> menggunakan earphone Terminasi


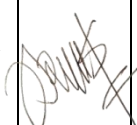


			v. Rapihan klien w. Lakukan pengukuran tekanan darah kembali setelah 10 menit dilakukannya terapi
--	--	--	--

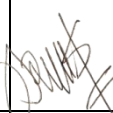
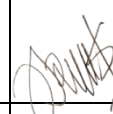

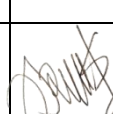

Tabel 3.4 Intervensi Inovasi Keperawatan

F. Implementasi Keperawatan

No. Diagnosa	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
I	02/06/22 08.59	1.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung	S : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas 2) Klien mengatakan jantung berdebar-debar 3) Klien mengatakan tadi malam ada nyeri dada O: 4) Klien terlihat lemas 5) TD : 196/110 mmHg 6) N: 111x/m (takikardi) 7) SpO2 : 99%	
I	09.00	1.2 Mengidentifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung	S : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas 2) Klien mengatakan jantung berdebar-debar 3) Klien mengatakan tadi malam ada nyeri dada O: 4) Klien terlihat lemas 5) TD : 196/110 mmHg 6) N: 111x/m (takikardi) 7) SpO2 : 99%	
I	09.00	1.3 Memonitor tekanan darah	S : 1) Klien mengatakan badan terasa lemas 2) Klien mengatakan jantung berdebar-debar 3) Klien mengatakan tadi malam ada nyeri dada	

			<p>O:</p> <p>4) Klien terlihat lemas</p> <p>5) TD : 196/110 mmHg</p> <p>6) N: 111x/m (takikardi)</p> <p>7) SpO2 : 99%</p>	
I	09.00	1.4 Memonitor saturasi oksigen	<p>S: -</p> <p>O:</p> <p>1) SpO2:99%</p>	
II	09.01	2.3 Memonitor mual	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan merasa mual tapi tidak muntah</p> <p>O :</p> <p>2) klien terlihat kurang nyaman dan menahan mual</p>	
II	09.01	2.4 Mengidentifikasi faktor penyebab mual	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan mulut terasa pahit</p> <p>2) Klien mengatakan saat pusing, selalu diikuti dengan mual</p> <p>O:</p> <p>3) Klien mengatakan mual yang dirasakan berlangsung terus menerus</p>	
III	09.05	3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan merasa pusing dan Sakit kepala</p> <p>2) P: Nyeri Kepala dirasakan saat tekanan darah naik, dan nyeri hilang timbul,</p> <p>3) Q: nyeri seperti dipukul benda tumpul dan nyut-nyutan,</p> <p>4) R :Klien mengatakan nyeri dari bagian kepala dan tengkuk,</p> <p>5) S: Skala nyeri 3</p>	

			<p>(Nyeri Ringan)</p> <p>6) T : Klien mengatakan saat nyeri untuk meredakannya klien duduk bersandar dikursi,</p> <p>7) U: Klien mengatakan cukup sering mengalami nyeri seperti ini</p> <p>8) V: Klien berharap nyeri segera hilang hilang</p> <p>O:</p> <p>9) Klien tampak gelisah</p>	
III	09.05	3.2 Mengidentifikasi Skala Nyeri	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan Skala Nyeri 3</p> <p>O:</p> <p>2) Klien tampak Gelisah</p>	
I	09.09	1.5 Memposisikan pasien <i>semi fowler</i> atau posisi nyaman	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan nyaman dengan posisi yang di berikan</p> <p>O:</p> <p>2) Klien di posisikan semi fowler di tempat tidur</p>	
II	09.12	2.5 Berkolaborasi dalam pemberian antiemetik (Ranitidine inj IV 25 mg/ml)	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan mual berkurang</p> <p>O:</p> <p>2) Inj ranitidine 25 mg/ml melalui IV telah di berikan</p>	
III	09.13	3.5 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>1) Memberikan klien selimut</p> <p>2) Membatasi kunjungan keluarga pasien</p>	

I	09.20	1.6 Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi penyebab (relaksasi genggam jari, pijat <i>Effleurage</i> , dan terapi murottal dzikir Asma'ul Husna	S: 1) Klien mengatakan bersedia untuk diberikan intervensi inovasi O: 2) Memilih intervensi inovasi relaksasi genggam jari kombinasi pijat <i>Effleurage</i> dan terapi murottal asmaul husna	
III	09.20	3.7 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari, pijat <i>Effleurage</i> , dan terapi murottal dzikir Asma'ul Husna	S: 1) Klien mengatakan nyeri berkurang 2) Skala nyeri 2 O: 3) Klien terlihat lebih rileks	
II	10.05	2.3 Mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual	S: 1) Klien mengatakan masih mual namun sudah berkurang 2) Klien mengatakan merasa mual saat berbaring O: 3) Mengatur posisi klien	
I	10.15	1.3 Memonitor Tekanan darah	S: 1) Klien mengatakan jantung berdebar yang dirasakan sudah berkurang 2) Klien mengatakan sudah lebih tenang O: 3) Sebelum : 196/110 mmHg 4) Sesudah 180/100 mmHg 5) N : 95 x/menit 6) RR : 20x/menit 7) SpO2 : 99% 8) T: 36.5 oC	
I	10.15	1.7 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi	S: O: 1) Klien tampak lebih rileks	

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

G. Evaluasi Keperawatan

No Diagnosa	Tgl/Jam	Evaluasi	TTD																				
I	02/06/22 11.00	<p>Subjective :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan jantung berdebar yang dirasakan sudah berkurang 2) Klien mengatakan sudah merasa lebih tenang 3) Klien mengatakan lemas berkurang <p>Objective:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Klien mendapatkan terapi relaksasi genggam jari, pijat Effleurage, dan terapi murottal dzikir Asma'ul Husna) 5) Klien terlihat lebih rileks 6) TTV : TD : 180/100 mmHg N : 95 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 99% T: 36.5 °C <p>Assesment :</p> <table border="1" data-bbox="679 947 1422 1106"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Palpitasi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan Penurunan Curah Jantung teratasi sebagian</p> <p>Planning: Pertahankan Intervensi pasien pindah ke ruang rawat inap</p>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Palpitasi	2	3	4	Takikardi	3	5	5	Lelah	2	3	4	Tekanan Darah	1	2	3	
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Palpitasi	2	3	4																				
Takikardi	3	5	5																				
Lelah	2	3	4																				
Tekanan Darah	1	2	3																				
II	02/06/22 11.05	<p>Subjective:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan mual berkurang 2) Klien mengatakan perasaan asam dimulut sudah tidak ada 3) Klien mengatakan tidak ada muntah hanya mual saja <p>Objective:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Klien tampak lebih rileks 5) Inj ranitidine 25 mg/ml melalui IV telah di berikan 6) TTV : TD : 180/100 mmHg N : 95 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 99% T: 36.5 °C <p>Assesment :</p> <table border="1" data-bbox="679 1845 1422 2002"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Mual</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Ingin Muntah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan asam di</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan Mual	3	4	5	Perasaan Ingin Muntah	3	5	5	Perasaan asam di	3	5	5					
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Keluhan Mual	3	4	5																				
Perasaan Ingin Muntah	3	5	5																				
Perasaan asam di	3	5	5																				

		mulut																			
		Masalah Keperawatan Nausea Teratasi Sebagian																			
		Planning: Pertahankan intervensi, pasien pindah keruang rawat inap.																			
III	02/06/22 11.10	Subjective : 1) Klien mengatakan merasa lebih nyaman 2) Klien mengatakan sakit kepala berkurang 3) O: Klien mengatakan nyeri kepala muncul sejak tadi pagi, 4) P: Nyeri Kepala dirasakan saat tekanan darah naik, dan nyeri hilang timbul, 5) Q: nyeri seperti dipukul benda tumpul dan nyut-nyutan, 6) R :Klien mengatakan nyeri dari bagian kepala dan tengkuk, 7) S: Skala nyeri 2 (Nyeri Ringan) 8) T : Klien mengatakan saat nyeri untuk meredakannya klien duduk bersandar dikursi, 9) U: Klien mengatakan cukup sering mengalami nyeri seperti ini 10) V: Klien berharap nyeri segera hilaang hilang Objective: 11) Klien terlihat lebih rileks 12) TTV : TD : 180/100 mmHg N : 95 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 99% T: 36.5 °C Assesment : <table border="1" data-bbox="678 1086 1420 1220"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Keluhan Nyeri	3	4	5	Gelisah	3	5	5	Tekanan Darah	1	2	3
Kriteria Hasil	Sebelum	Sesudah	Target																		
Keluhan Nyeri	3	4	5																		
Gelisah	3	5	5																		
Tekanan Darah	1	2	3																		
		Masalah Keperawatan Nyeri akut Teratasi sebagian																			
		Planning: Pertahankan intervensi, pasien pindah ke ruang rawat inap																			

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan