

BAB II

TINJAUAN KASUS

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Klien

Tabel 2. 1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Nama Klien	Ny. S	Ny.N	Ny.M
Umur	49 tahun	41 tahun	61 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SD	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
No. RM	004xxxxx	004xxxxx	004xxxxx
Tanggal MRS	3 – 1 – 2024	3 – 1 – 2024	4– 1 – 2024
Tanggal pengkajian	4 – 1 – 2024	5 – 1 – 2024	5– 1 – 2024
Jam	16.00 WIB	16.00 WIB	16.00 WIB
Diagnosa Medis	HT + DM uncontroled	HT stage 2+ gerd	HT + DM

2.1.2 Pengkajian Persepsi Kesehatan /Penanganan Kesehatan

Tabel 2. 2 Persepsi Kesehatan

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri kepala pusing disertai badan lemas	Pasien mengatakan nyeri pada kepala	Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian tengah

		bagian belakang menjalar ke tengkuk.	disertai mual.
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga pasien mengatakan sejak kemarin malam pasien mengalami penurunan kesadaran akhirnya pagi pukul 05.00 tgl 3-1-2024 pasien dibawa ke IGD RSUD Bangil, pasien lemas reflek mual muntah tidak ada setelah diperiksa dokter di diagnosa HT + DM uncontroled dg TD:178/90 dan diterapi pasien diadviskan pindah ruang melati, saat pengkajian tgl 4-1-	Pasien mengatakan matanya berkunang-kunang, saat menjemur baju kemudian gelap pasien pingsan. oleh suaminya dibawa ke IGD RSUD Bangil, setelah diperiksa dokter di diagnosa HT st 2 + Gerd dg TD:164/85 dan diterapi pasien diadviskan pindah ruang melati. Saat dikaji tanggal 5-1-2024	Pada tanggal 4-1-2024 pukul 11.30 pasien dibawa ke RSUD bangil dengan keluhan demam sejak 3hari yang lalu kepala pusing cenut- cenut dan tidak nafsu makan, mual, muntah (-). setelah diperiksa dokter di diagnosa HT + DM Comahiploglicemia dg TD:166/70 dan diterapi pasien diadviskan pindah ruang melati. Saat dikaji tanggal 5-1-2024 pukul 16.00 pasien mengatakan

	<p>2024 pukul 16.00</p> <p>pasien mengeluh nyeri kepala bagian tengah pusing cekot-cekot hilang timbul menjalar ke tengkuk disertai badan lemas. skala nyeri:6 nyeri bertambah saat beraktifitas.</p>	<p>pukul 16.00</p> <p>pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang hilang timbul seperti ditusuk-tusuk sampai tengkuk, nyeri memberat saat dibuat berdiri. Skala nyeri: 6</p>	<p>saat dibuat bangun dari tidur nyeri kepala bagian tengah cenut-cenut sampai tengkuk hilang timbul, Skala nyeri=5.</p>
<p>Riwayat Penyakit Dahulu</p>	<p>Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 15th yang lalu, DM tidak ada. Pasien minum obat hipertensi(captopril) jika kambuh dan tidak rutin kontrol ke layanan faskes</p>	<p>Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dan DM dari tahun 2015. Pasien mengatakan rutin mengkonsumsi amlodipine dan rutin kontrol ke</p>	<p>Pasien mengatakan punya riwayat hipertensi dan DM sejak dulu sekitar 30 th yang lalu. Pasien minum obat hipertensi jika kambuh dan tidak rutin kontrol ke layanan faskes</p>

		layanan faskes	
Riwayat Keluarga	Pasien mengatakan kedua orang tuannya pernah menderita darah tinggi dan ibunya meninggal karena stroke	Pasien mengatakan ibunya menderita kencing manis dan ayahnya menderita darah tinggi	pasien mengatakan sudah lupa riwayat kesehatan orang tuanya

2.1.3 Pengkajian Dengan Pendekatan B1-B6

Tabel 2. 3 Pemeriksaan B1-B6

<i>Review of System</i>	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Kondisi Umum	Lemah,	Lemah,	Lemah,
Kesadaran	compos mentis	compos mentis	compos mentis
GCS	E4V5M6	E4V5M6	E4V5M6
TTV	TD: 184/69mmHg Nadi : 100x/mnt suhu : 36,7 C RR : 22x/mnt	TD: 174/97mmHg Nadi : 99x/mnt Suhu : 36,5 C RR : 20x/mnt	TD: <u>169/97mmHg</u> Nadi : 100x/mnt Suhu : <u>36,7 C</u> RR : <u>20x/mnt</u>
B₁ (Breathing)	DS : klien mengatakan tidak sesak nafas	DS : klien mengatakan nafas normal.	DS : klien mengatakan tidak sesak nafas.
1) Inspeksi	Klien tidak tampak sesak nafas, bentuk dada normal chest,	Klien tidak tampak tidak sesak nafas, bentuk dada normal	Klien tidak tampak tidak sesak nafas, bentuk dada normal

	tidak ada penggunaan otot bantu nafas, dada simetris, irama reguler 22x/mnt	chest, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, dada simetris, irama reguler 20x/mnt	chest, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, dada simetris, irama reguler 22x/mnt
2) Palpasi	Vokal fremitus, kanan kiri sama, tidak ada nyeri tekan	Vokal fremitus, kanan kiri sama, tidak ada nyeri tekan	Vokal fremitus, kanan kiri sama, tidak ada nyeri tekan
3) Perkusi	Paru sonor disemua lapang paru	Paru sonor disemua lapang paru	Paru sonor disemua lapang paru
4) Auskultasi	Tidak ada suara nafas tambahan, vesikuler	Tidak ada suara nafas tambahan, vesikuler	Tidak ada suara nafas tambahan, vesikuler
B₂ (Blood)	DS : klien mengatakan badan terasa lemas	Ds: klien mengatakan badan lemas pegel semua	Ds: klien mengatakan badan lemah
1) Inspeksi	Tidak terdapat sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis TD:184/100mmHg	Tidak terdapat sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis TD:174/97mmHg	Tidak terdapat sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis TD:169/97 mmHg
2) Palpasi	N:100x/menit CRT < 2 detik Akral hangat	N: 99 x/menit CRT < 2 detik Akral hangat	N: 100x/menit CRT < 2 detik Akral hangat

3) Perkusi	Jantung redup pada ics 2 sampai ics 5	Jantung redup pada ics 2 sampai ics 5	Jantung redup pada ics 2 sampai ics 5
4) Auskultasi	Suara jantung regular S1 dan S2 tunggal	Suara jantung regular S1 dan S2 tunggal	Suara jantung regular S1 dan S2 tunggal
B3 (Brain)	<p>DS : Pasien mengatakan khawatir tidak bisa beraktivitas seperti biasanya dan sulit berkonsentrasi. klien mengatakan mudah terbangun saat tidur, pasien mengatakan dulu - dulunya suka mikir yang berlebihan, gampang perasa</p>	<p>DS : Pasien mengatakan pasrah dan menerima sakitnya, pasien mengatakan sering banyak pikiran, sulit tidur apalagi saat suaminya dulu belum bekerja, dan juga masalah - masalah keluarga lainnya sehingga sering emosi</p>	<p>DS : Pasien mengatakan pasrah dan menerima sakitnya. Klien mengatakan ingin cepat pulang, Klien mengatakan sulit tidur, bisa tidur tapi nunggu larut malam</p>
	<p>P : Nyeri bertambah saat beraktivitas</p> <p>Q : Cekot-cekot,</p> <p>R : Kepala bagian tengah sampai tengkuk</p>	<p>P: Nyeri bertambah saat dibuat berdiri,</p> <p>Q : ditusuk-tusuk</p> <p>R : Kepala bagian belakang sampai tengkuk</p>	<p>P: Nyeri bertambah saat bangun dari tidur</p> <p>Q : cenut-cenut</p> <p>R : Kepala bagian tengah sampai</p>

	S: 6 T: hilang timbul	S: 6 T: hilang timbul	tengkuk S: 5 T: hilang timbul
1) Inspeksi	Klien tampak menyeringai, klien tampak cemas, klien tampak memijit-mijit kepalanya Kesadaran compos mentis, GCS: E4 V5 M6, Pupil isokor	klien tampak dipijit kepalanya oleh anaknya klien tampak menyeringai Kesadaran compos mentis, GCS: E4 V5 M6, Pupil isokor	Klien tampak menyeringai, klien tampak cemas, Kesadaran : compos mentis, GCS: E4 V5 M6, Pupil isokor
2) Palpasi	Tidak ada nyeri tekan pada kepala	Tidak ada nyeri tekan pada kepala	Tidak ada nyeri tekan pada kepala.
3) Perkusi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
4) Auskultasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
B₄ (Bladder)	DS : pasien mengatakan sering kencing terutama pada malam hari, BAK lebih 5x sehari, urin berwarna kuning	pasien mengatakan tidak ada gangguan saat berkemih Pasien mengatakan BAK 5 kali sehari warna urin kuning jernih	pasien mengatakan tidak ada gangguan saat berkemih Pasien mengatakan BAK 4-5 kali sehari, warna urin kuning jernih
1) Inspeksi	tidak ada lesi	tidak ada lesi	tidak ada lesi

	disekitar genetalia, tidak terdapat dower cateter	disekitar genetalia, tidak terdapat dower cateter	disekitar genetalia, tidak terdapat dower cateter
2) Palpasi	Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan
B₅ (Bowel)	DS : klien mengatakan tidak ada masalah untuk makan, makan rutin 3x/hari, pasien lebih suka masakan gurih asin, pasien juga senang ngemil makanan ringan diluar waktu makan klien mengatakan tidak ada masalah saat buang hajat besar	DS : klien mengatakan tidak ada masalah untuk makan, pasien mengatakan makan sehari 2x, pasien lebih suka masakan asin pedas, klien mengatakan tidak ada masalah saat buang hajat besar	DS: klien mengatakan makan biasa, makan rutin 2x/hari kadang 3x/hari, pasien lebih suka masakan gurih asin, pasien gemar mengonsumsi kopi manis setiap pagi klien mengatakan tidak ada masalah saat buang hajat besar
1) Inspeksi	Bentuk abdomen simetris, mukosa bibir lembab, BAB rutin, berwarna	Bentuk abdomen simetris, mukosa bibir lembab, BAB rutin sehari 2X,	Bentuk abdomen simetris, mual, muntah(-)mukosa bibir kering, BAB

	coklat dengan konsistensi lunak, BB : 65kg, TB : 149cm	berwarna coklat dengan konsistensi lunak, BB ; 80 kg, TB : 157 cm	rutin 1/hari, berwarna kuning dengan konsistensi lunak BB : 50 kg, TB : 152 cm
2) Auskultasi	Bising usus 12 kali/menit	Bising usus 10 kali/menit	Bising usus 10 kali/menit
3) Perkusi	Tidak ada distensi abdomen, Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada distensi abdomen, Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada distensi abdomen, Tidak ada nyeri tekan
4) Palpasi	Suara Timpani	Suara Timpani	Suara Timpani
B₆ (Bone)	DS : pasien mengatakan kesehariannya aktifitasnya mengerjakan pekerjaan rumah tangga, olah raga paling cuma jalan kaki itupun jarang, selama sakit Pasien melakukan ADL dibantu keluarga	DS : pasien mengatakan kesehariannya aktifitasnya mengerjakan pekerjaan rumah tangga, olah raga tidak pernah, Pasien melakukan ADL Secara mandiri	pasien mengatakan kesehariannya aktifitasnya mengerjakan pekerjaan rumah tangga itupun lebih sering dikerjakan anaknya, olah raga tidak pernah, ADL dibantu keluarga selama sakit

1) Inspeksi	Simetris antara kanan dan kiri, Tidak ada oedema, Pusing saat beraktivitas	Simetris antara kanan dan kiri, Tidak ada oedema, Pusing saat beraktivitas	Simetris antara kanan dan kiri, Tidak ada oedema, Pusing saat beraktivitas
	Kekuatan otot : 5555 5555 5555 5555	Kekuatan otot 5555 5555 5555 5555	Kekuatan otot : 5555 5555 5555 5555
2) Palpasi	Tidak ada nyeri tekan ekstremitas	Tidak ada nyeri tekan ekstremitas	Tidak ada nyeri tekan ekstremitas

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.4 Pemeriksaan laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hematologi			Satuan
		klien 1	klien 2	klien 3	
Hemoglobin	13,5-17,5	14,21	13,77	10,21	g/dL
Eritrosit	4,5-5,9	4,353	4,571	4,771	$\times 10^6/m^3$
Hematokrit	37-53	43,9	51,9	42,9	%
MCV	80-100	86,89	86,89	86,89	fl
MCH	26-34	27,98	22,98	27,98	pg
MCHC	32-36	33,11	33,24	32,21	%
RDW	11,5-13,1	12,4	11,54	11,78	%
Leukosit	4,5-11	7,13	11,13(H)	14,13(H)	$\times 10^3/\mu L$
Eosinofil%	0-3	3,4 (H)	2,4	2,8	%

Basofil%	0-1	0,5	0,5	0,5	%
Neutrofil%	35-66	69,3 (H)	65	54	%
Limfosit%	24-44	20,4 (L)	98,2 (L)	17,4 (L)	%
Monosit%	6-Mar	6,67 (H)	8,67 (H)	6,67 (H)	%
Eosinofil	0-0,33	0,242	0,242	0,242	x 10 ³ /μL
Basofil	0-0,11	0,16	0,16	0,16	x 10 ³ /μL
Neutrofil	1,5-8,5	4,9	4,9	4,9	x 10 ³ /μL
Limfosit	1,1-5,0	3,80	3,80	3,80	x 10 ³ /μL
Monosit	0,14-0,66	0,74 (H)	0,81 (H)	0,54	x 10 ³ /μL
PLT	150-450	225	159	126	x 10 ³ /μL
MPV	6,9-10,6	8,129	8,129	7,129	fl
NLR		3,66	3,66	2,16	
Kimia Klinik					
BUN	7,8-20,23	10	11	12	mg/dl
Kreatinin	0,8-1,3	1,171	1,21	2,41	mg/dl
Glukosa	< 200 Mg/dL	526(HI)	204	40	mg/dL
Natrium	135-147	131,73	133,73	146,73	Mmol/L
Kalium	3,5-5,1	4,67	3,17	3,67	mmol/L
Klorida	95-108	91	99	99	mmol/L

Tabel 2.5 Terapi pengobatan dan nutrisi

	klien 1	klien 2	klien 3
Obat	Infus asering 14 tpm	Infus asering 14 tpm	Infus D10% 14 tpm
	metoklopramide 3 x 10 mg	metoklopramide 3 x 10 mg	metoklopramide 3 x 10 mg
	omeprazole 2 x 40 mg	omeprazole 2 x 40 mg	omeprazole 1 x 40 mg
	santagesik 3 x 1000 mg	santagesik 3 x 1000 mg	santagesik 3 x 1000 mg
	lantus 1 x 20 iu	cefriaxone 2 x 1gr	cefriaxone 2 x 1gr
	apidra 2 x 2 iu a.c	P.O sucralfat 3 x 5 cc a.c	P.O sucralfat 3 x 5 cc a.c
	P.O sucralfat 3 x 5 cc a.c	P.O candesartan 0 - 0 - 8 mg	P.O candesartan 0 - 0 - 8 mg
	P.O amlodipin 1 x 10 mg	-	-
Diet	Diet DM rendah garam	Diet TKTP rendah garam	Diet DM rendah garam

2.2 Analisa Data

Tabel 2. 7 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
<p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh kepala bagian tengah pusing cekot-cekot hilang timbul menjalar ke tengkuk disertai badan lemas. skala nyeri:6 nyeri bertambah saat beraktifitas.</p> <p>Pasien mengatakan mudah terbangun saat tidur</p> <p>Pengkajian PQRST</p> <p>P:Nyeri saat beraktifitas</p> <p>Q : Cekot-cekot</p> <p>R: Kepala bagian tengah sampai tengkuk</p> <p>S : 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>a) Pasien tampak menyeringai</p>	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vascular pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pengeluaran reseptor nyeri (prostaglandin, serototin)</p> <p>↓</p> <p>Hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri</p>	<p>Nyeri akut</p>

<p>b) Pasien tampak memijat-mijat kepalanya</p> <p>c) Klien tampak cemas</p> <p>d) Terdapat mata panda klien tampak kurang tidur.</p> <p>e) TD: 184/69mmHg</p> <p>f) N : 100 x/menit</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	
Klien 2		
<p>DS : pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang hilang timbul seperti ditusuk-tusuk sampai tengkuk, nyeri memberat saat dibuat berdiri. Skala nyeri: 6,</p> <p>Pasien mengatakan sulit tidur</p> <p>Pengkajian PQRST</p> <p>P: Nyeri bertambah saat dibuat berdiri</p> <p>Q : Ditusuk-tusuk</p> <p>R : Kepala bagian belakang menjalar ke tengkuk</p> <p>S : 6</p>	<p style="text-align: center;">Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan vascular pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Penyumbatan pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Vasokonstriksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan sirkulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Merangsang pengeluaran reseptor nyeri (prostaglandin,</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>

<p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>a) Pasien tampak dipijat kepalanya oleh anaknya</p> <p>b) Klien tampak menyeringai.</p> <p>c) Terdapat mata panda klien tampak kurang tidur.</p> <p>d) TD : 174/97 mmHg</p> <p>e) N : 99 x/menit</p>	<p>serotonin)</p> <p>↓</p> <p>Hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
Klien 3		
<p>DS : pasien mengatakan saat dibuat bangun dari tidur nyeri kepala bagian tengah cenut-cenut sampai tengkuk hilang timbul, Skala nyeri=5.</p> <p>Klien mengatakan sulit tidur, bisa tidur tapi nunggu larut malam.</p> <p>Pengkajian PQRST</p> <p>P : Nyeri saat bangun dari tidur</p>	<p>Hipertensi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan vascular pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi</p> <p>↓</p> <p>Gangguan sirkulasi</p>	<p>Nyeri Akut</p>

Q : Cenut-cenut	↓	
R : Kepala bagian tengah sampai tengkuk	Merangsang pengeluaran reseptor nyeri (prostaglandin, serotonin)	
S : 5	↓	
T : Nyeri hilang timbul	Hipotalamus	
DO :	↓	
a) Pasien tampak menyeringai	Persepsi nyeri	
b) Klien tampak cemas	↓	
c) TD : 167/97 mmHg	Nyeri akut	
d) N : 100 x/menit		

Tabel 2. 8 Diagnosa Keperawatan

Klien 1	Klien 2	Klien 3
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, tekanan darah meningkat. (D.0077)	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, tekanan darah meningkat. (D.0077)	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, tekanan darah meningkat. (D.0077)

--	--	--

Tabel 2. 9 Rencana Keperawatan

NO Dx	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri • Identifikasi respon non verbal • Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping 	<p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan pasien 3. Agar mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya 4. Agar kita dapat mengurangi factor - faktor yang dapat memperparah nyeri

		<p>penggunaan analgesik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Berikan teknik nonfarmakologi <i>relaksasi benson</i> untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Ajarkan teknik non farmakaologi teknik <i>relaksasi benson</i> untuk mengurangi 	<p>yang dirasakan oleh pasien</p> <p>5. Agar kita mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakan</p> <p>6. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Agar dapat mengurangirasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologi</p>
--	--	---	---

		<p>rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu 	<p>2. Agar pasien juga mengetahui kondisi dan mempermudah perawatan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurang
--	--	--	---

Tabel 2. 10 Implementasi Keperawatan Pada Klien 1

Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil	TTD
4/1/24	16.00 –	1) Mengobservasi	1) TD:177/82 mmHg	

Dx 1	17.30	<p>TTV</p> <p>2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4) Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri</p> <p>5) Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri</p> <p>6) Mengajarkan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi terapi non farmakologi</p> <p>7) Mengajarkan</p>	<p>N : 90x/menit</p> <p>Suhu:36,4 C</p> <p>2) P : Pusing saat beraktivitas</p> <p>Q : Cekot-cekot</p> <p>R : Kepala bagian Tengah menjalar ke tengkuk.</p> <p>S : 5</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>3) Pasien tampak meringis dan memijat kepalanya sampai ke tengkuk</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri memberat saat digunakan dudukatau berjalan</p> <p>5) Memposisikansemifowler</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman dan rileks</p> <p>7) Klien mengangguk paham dan mengatakan akan mempraktekkannya</p> <p>8) Memberikan Injeksi antrain 1 gr</p>	
------	-------	---	--	--

		<p>pasien dan keluarga cara mengukur intensitas nyeri dengan skala numeric</p> <p>8) Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian Analgesic</p>	
5/1/24	16.00-17.30	<p>1) Mengobservasi TTV</p> <p>2) Mengevaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4) Mengevaluasi posisi semifowler yang sudah</p>	<p>1) TD : 175/100 mmHg. N : 99x/mnt</p> <p>2) P : Pusing saat beraktivitas Q : Cekot-cekot R : Kepala bagian tengah hingga tengkuk. S : 4 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>3) Pasien tampak memijat kepalanya</p> <p>4) Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dengan meninggikan bantal</p>

		<p>diberikan</p> <p>5) Mengevaluasi hasil dari terapi relaksasi benson yang kemarin</p> <p>diberikan</p> <p>6) Memberikan terapi relaksasi benson hari kedua</p> <p>7) Mengevaluasi keluarga dan pasien cara mengukur intensitas nyeri dengan skala numeric yang sudah diajarkan sebelumnya</p> <p>8) Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian</p>	<p>5) Pasien mengatakan bisa tidur lumayan nyenyak setelah dilakukan terapi relaksasi benson kemarin</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman dan rileks</p> <p>7) Keluarga dan pasien dapat mempraktekkan cara mengukur intensitas nyeri menggunakan skala numeric</p> <p>8) Memberikan Injeksi antrain 1 gr</p>	
--	--	--	---	--

		analgesic		
6/1/24	16.00- 17.30	<p>1) Mengobservasi TTV</p> <p>2) Mengevaluasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3) Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4) Mengevaluasi hasil dari terapi relaksasi benson yang kemarin diberikan</p> <p>5) Memberikan terapi relaksasi benson hari ketiga) Berkolaborasi</p>	<p>1) TD : 160/95 mmHg. N : 88x/mnt</p> <p>2) P : Pusing saat beraktivitas Q : Cekot-cekot R : Kepala bagian tengah hingga tengkuk S : 3 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>3) Pasien tampak lebih segar, pasien sudah tidak terlihat meringis kesakitan</p> <p>4) Pasien mengatakan setelah dilakukan terapi relaksasi benson</p> <p>5) selama tiga hari nyerinya sudah sedikit menurun</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman dan rileks.</p> <p>7) Memberikan Injeksi antrain 1gr</p>	

		dengan perawat ruangan terkait		
		6) pemberian analgesic		

Tabel 2. 11 Implementasi Keperawatan pada Klien 2

Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil	TTD
5/1/24 Dx 1	16.00 – 17.30	1. Mengobservasi TTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi respon non verbal 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri 5. Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri	1) TD : 171/90 mmHg. N : 95 x/mnt 2) P : Pusing saat berdiri Q : Ditusuk- tusuk R : Kepala bagian belakang menjalar ketengkuk S : 5 T : Nyeri hilang timbul 3) Anak pasien terlihat sedang memijat kepala pasien hingga ketengkuk 4) Pasien mengatakan nyeri memberatsaat	

		<p>6. Mengajarkan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi</p> <p>7. Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian analgesic</p>	<p>berdiri</p> <p>5) Meninggikan kepala dengan bantal dobel</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman dan rileks</p> <p>7) Memberikan Injeksi antrain 1 gr</p>	
6/1/24	16.00-17.30	<p>1. Mengobservasi TTV</p> <p>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri</p> <p>5. Memodifikasi</p>	<p>1) TD : 158/90 mmHg. N : 102x/mnt</p> <p>2) P : Pusing saat berdiri Q : Ditusuk- tusuk R : Kepala bagian belakang menjalar ketengkuk</p> <p>S : 3 T : Nyeri hilang timbul</p> <p>3) Anak pasien terlihat sedang memijat kepala pasien hingga ketengkuk</p>	

		<p>lingkungan untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Mengajarkan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi</p> <p>9) Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian analgesic</p>	<p>4) Pasien mengatakan nyeri memberatsaat berdiri</p> <p>5) Meninggikankepala dengan bantal dobel</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman dan rileks</p> <p>7) Memberikan Injeksi antrain 1 gr</p>	
7/1/24	16.00- 17.30	<p>1. Mengobservasi TTV</p> <p>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau</p>	<p>1) TD : 161/89 mmHg. N : 92x/mnt</p> <p>2) P : Pusing saat berdiri Q : Di tusuk- tusuk R : Kepala belakang menjalar ketengkuk S : 3</p> <p>3) T : Nyeri hilang timbul</p> <p>4) Anak pasien terlihat sedang memijat kepala pasien hingga ketengkuk</p> <p>5) Pasien mengatakan</p>	

		<p>memperingan nyeri</p> <p>5. Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Mengajarkan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi</p> <p>7. Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian analgesic</p>	<p>nyeri memberat saat berdiri</p> <p>6) Meninggikankepala dengan bantal dobel</p> <p>7) Pasien mengatakan nyaman dan rileks</p> <p>8) Memberikan Injeksi antrain 1 gr</p>	
--	--	---	--	--

Tabel 2. 12 Implementasi Keperawatan pada Klien 3

Tanggal	Waktu	Implementasi	Hasil	TT D
5/1/24	16.00	1. Mengobservasi TTV	1) TD : 165/88 mmHg.	
Dx 1	–	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,	Hr : 97 x/mnt	
	17.30		2) P : Pusing saat beraktivitas Q : Cenuh-cenuh	

		<p>kualitas, intensitas nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi respon non verbal</p> <p>4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri</p> <p>5. Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Memberikan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi</p> <p>7. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengukur intensitas nyeri dengan skala numeric</p> <p>8. Berkolaborasi dengan perawatruangan terkait pemberian analgesik</p>	<p>R : Kepala bagian tengah menjalar ke tengkuk</p> <p>S : 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>3) Pasien tampak meringis</p> <p>4) Pasien mengatakan nyeri memberat saat bangun dari tidur</p> <p>5) Memposisikan semifowler</p> <p>6) Pasien mengatakan nyaman, rileks, dan nyeri kepala sedikit menurun.</p> <p>7) Klien mengatakan paham dan mengatakan akan mempraktekkannya</p> <p>8) Memberikan Injeksi antrain 1gr</p>	
--	--	---	---	--

6/1/24	16.00- 17.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. MengobservasiTTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi respon non verbal 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri 5. Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri 6. Memberikan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi 7. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengukur intensitas nyeridengan skala numeric 	<ol style="list-style-type: none"> 1) TD : 172/98mmHg. Hr : 97 x/mnt 2) P : Pusing saat beraktivitas Q : Cenuh-cenuh R : Kepala Bagian tengah menjalar ke tengkuk S : 3 T : Nyeri hilang timbul 3) Pasien tampak meringis 4) Pasien mengatakan nyerimemberat saat bangun dari tidur 5) Memposisikan semifowler 6) Pasien mengatakan nyaman, rileks, dan nyeri menurun 7) Klien mengatakan paham dan mengatakan akan mempraktekkannya 8) Memberikan Injeksi antrain 1gr 	
--------	-----------------	--	--	--

		8. Berkolaborasi dengan perawatruangan terkait pemberian analgesik		
7/1/24	16.00-17.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi TTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi respon non verbal 4. Mengidentifikasi factor yang memperberat atau memperingan nyeri 5. Memodifikasi lingkungan untuk mengurangi nyeri 6. Memberikan teknik relaksasi benson sebagai relaksasi dan terapi non farmakologi 7. Mengajarkan pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1) TD : 159/91 mmHg. 107 x/mnt P : Pusing saat beraktivitas Q : Cenut-cenut R : Kepala bagian tengah menjalar tengkuk. S : 2 T : Nyeri hilang timbul 2) Pasien tampak meringis 3) Pasien mengatakan nyeri memberat saat bangun dari tidur 4) Memposisikan semifowler 5) Pasien mengatakan nyaman, rileks, dan nyeri kepala sedikit menurun 6) Klien mengatakan paham dan mengatakan akan mempraktekkannya 7) Memberikan Injeksi 	

		<p>dan keluarga cara mengukur intensitas nyeri dengan skala numeric</p> <p>8. Berkolaborasi dengan perawat ruangan terkait pemberian analgesik</p>	antrain 1 gr	
--	--	--	--------------	--

Tabel 2. 13 Evaluasi Keperawatan klien 1

NO.Dx	EVALUASI S-O-A-P	TTD
<p>1/ 7-1-24 17.15</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang jauh.</p> <p>Pasien mengatakan tidurnya lebih nyenyak.</p> <p>Pasien mengatakan sudah mendingan kepala ndak pusing cekot-cekot, badan rileks setelah dilakukan <i>relaksasi benson</i> selama 3 hari.</p> <p>Pengkajian PQRST</p> <p>P : Pusing saat beraktivitas</p> <p>Q : Cekot-cekot</p> <p>R : Kepala bagian tengah hingga tengkuk</p> <p>S : 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih segar dan rileks • Klien tampak tidak menyeringai. • Tidak ada mata panda. • Klien tampak tidak memijit kepalanya. • TD : 162/88 mmHg, N : 86x/m RR : 20x/m, skala nyeri 2 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah pasien KRS</p>	
--	---	--

Tabel 2. 13 Evaluasi Keperawatan klien 2

NO.Dx	EVALUASI S-O-A-P	TTD
1/ 8-1-24	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala sudah mendingan.</p> <p>Pasien mengatakan tidurnya lebih pulas.</p> <p>Pasien mengatakan badan rileks kepala ringan setelah dilakukan <i>relaksasi benson</i> selama 3 hari.</p> <p>Pengkajian PQRST</p> <p>P : Nyeri bertambah saat dibuat berdiri</p> <p>Q : Ditusuk-tusuk</p> <p>R : Kepala bagian belakang menjalar ketengkuk</p> <p>S : 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak tidak menyeringai • Tidak ada mata panda. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak rileks. • Klien tampak tidak memijit kepalanya lagi. • TD : 151/76mmHg, N : 80x/m RR : 20x/m, skala nyeri 2 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 hingga pasien KRS.</p>	
--	---	--

Tabel 2. 13 Evaluasi Keperawatan klien 3

NO.Dx	EVALUASI S-O-A-P	TTD
<p>1/ 8-1-24</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang.</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa tidur teratur dan nyenyak.</p> <p>Pasien mengatakan ada perbedaan setelah dilakukan <i>relaksasi benson</i> selama 3 hari kepala sudah ndak cenut-cenut.</p> <p>P : Nyeri kepala saat bangun dari tidur</p> <p>Q : Cenut-cenut</p> <p>R : Kepala bagian tengah sampai tengkuk</p> <p>S : 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih segar. • Klien tampak tidak menyeringai. • Tidak ada mata panda. • Klien tampak rileks. • Klien tampak tidak memijit kepalanya. 	

	<ul style="list-style-type: none">• TD : 154/68 mmHg, N : 78x/m RR : 20x/m, skala nyeri 2 <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah pasien KRS.</p>	
--	--	--

