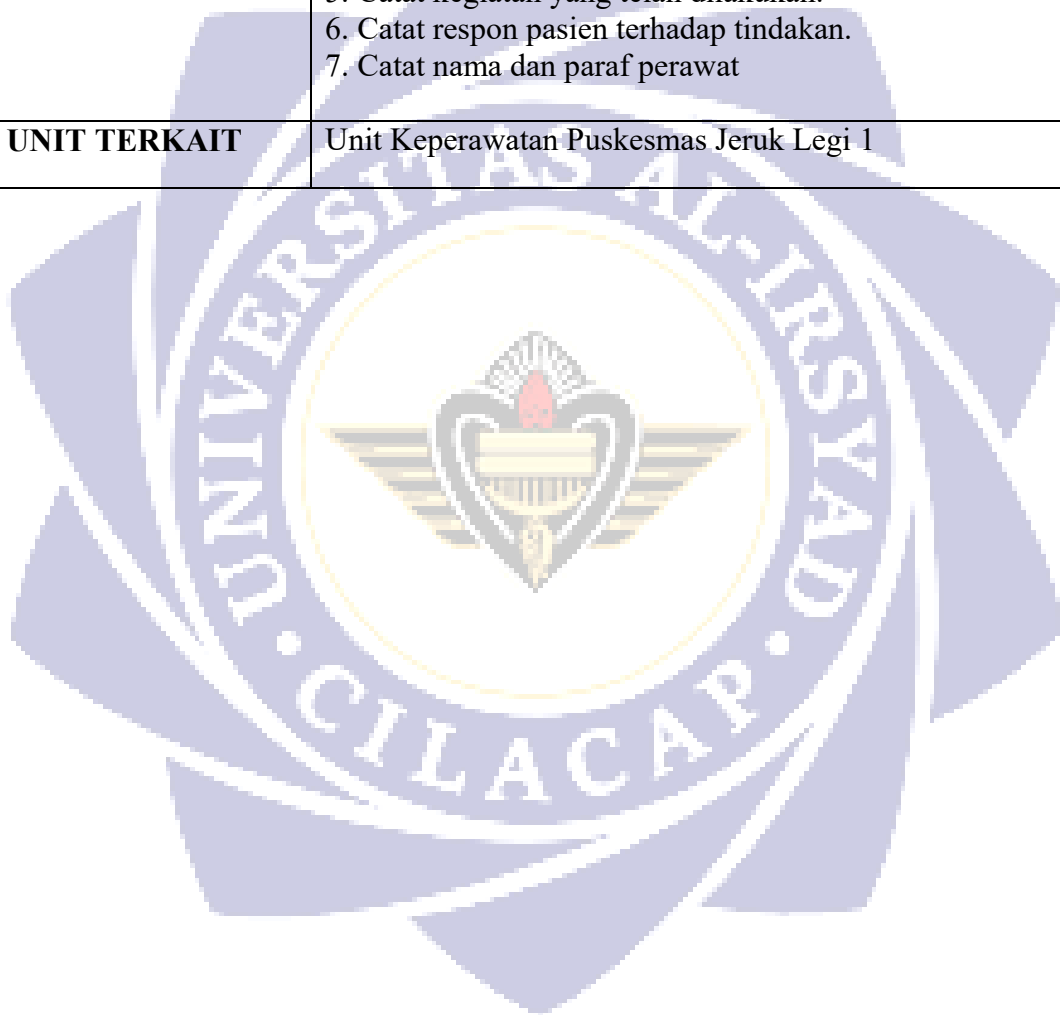


SOP TERAPI MUROTTAL AL QUR'AN

| | TERAPI MUROTTAL AL QUR'AN | | |
|------------------------------|--|--|--|
| STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | | | |
| | TANGGAL | | |
| PENGERTIAN | Bacaan surah Al Qur'an yang dibaca oleh qori', direkam, dan digunakan sebagai terapi religi | | |
| TUJUAN | Tujuan terapi murottal adalah untuk menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak | | |
| INDIKASI | Pasien hipertensi dengan nyeri kepala di Puskesmas Jeruk Legi 1 | | |
| KONTRAINDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang tidak beragama Islam. 2. Pasien yang mengalami gangguan pendengaran | | |
| KEBIJAKAN | Dilakukan di Puskesmas Jeruk Legi 1 | | |
| PETUGAS | Mahasiswa Profesi Ners Universitas Al Irsyad | | |
| PERLENGKAPAN | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Earphone/headphone</i> 2. Alat pemutar musik MP3 | | |
| PROSEDUR | <p>Tahap Awal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci Tangan 2. Menyiapkan alat 3. Mengucapkan salam terapeutik. 4. Menanyakan perasaan pasien saat ini. 5. Menjelaskan tujuan kegiatan. <p>Tahap Kerja.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan. 2. Pertahankan privasi selama tindakan dilakukan. 3. Bawa peralatan ke dekat pasien. 4. Pasien berbaring di atas tempat tidur. 5. Gunakan <i>headphone/ earphone</i> agar tidak | | |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>mengganggu pasien lain dan membantu pasien berkonsentrasi pada murottal</p> <p>6. Anjurkan pasien untuk menutup mata dan menikmati murottal.</p> <p>7. Murottal diperdengarkan selama 10 menit.</p> <p>Tahap Akhir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien. 2. Berikan <i>reinforcement</i> positif. 3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik. 4. Perawat cuci tangan. 5. Catat kegiatan yang telah dilakukan. 6. Catat respon pasien terhadap tindakan. 7. Catat nama dan paraf perawat |
| UNIT TERKAIT | Unit Keperawatan Puskesmas Jeruk Legi 1 |



SOP RELAKSASI NAFAS DALAM

| | TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM | | |
|------------------------------|---|--|--|
| STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR | | | |
| | TANGGAL | | |
| PENGERTIAN | Teknik relaksasi napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri pada tubuh | | |
| TUJUAN | Tujuan utama dari pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk merelaksasikan ketegangan otot tubuh dengan cara mengatur pola napas sehingga dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri | | |
| INDIKASI | Pasien hipertensi dengan nyeri kepala di Puskesmas Jeruk Legi 1 | | |
| KONTRAINDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan sistem pernafasan 2. Pasien yang tidak mengalami nyeri | | |
| KEBIJAKAN | Dilakukan di Puskesmas Jeruk Legi 1 | | |
| PETUGAS | Mahasiswa Profesi Ners Universitas Al Irsyad | | |
| PROSEDUR | <p>Tahap Awal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci Tangan 2. Menyiapkan alat 3. Mengucapkan salam terapeutik. 4. Menanyakan perasaan pasien saat ini. 5. Menjelaskan tujuan kegiatan. <p>Tahap Kerja.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan. 2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik. 3. Instruksikan pasien untuk tarik napas sedalam-dalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara. 4. Instruksikan klien untuk menahan napas selama 2- 3 detik. 5. Instruksikan klien untuk mengembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian pada | | |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>sensasi rileks yang dirasakan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh. 7. Latih dan informasikan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas sebanyak 5 – 10 kali atau sampai rasa nyeri berkurang atau hilang. 8. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi. <p>Tahap Akhir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien. 2. Berikan <i>reinforcement</i> positif. 3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik. 4. Perawat cuci tangan. 5. Catat kegiatan yang telah dilakukan. 6. Catat respon pasien terhadap tindakan. 7. Catat nama dan paraf perawat |
| UNIT TERKAIT | Unit Keperawatan Puskesmas Jeruk Legi 1 |



LOG BOOK

BIMBINGAN KIAN

NAMA : KHUSNUL KHOTIMAH, S.Kep
NIM : 41121232062

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN AKADEMIK 2023-2024**

“Orang yang beriman hati mereka tentram dengan mengingat Allah.
Ingatlah hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram ”.

(QS. Ar-Ra'd : 28)

“...Ya Tuhanku, tambahkanlah kepadaku ilmu pengetahuan.”

(QS. Thaahaa : 114)

“Barangsiapa menempuh jalan untuk menuntut ilmu, maka Allah
Akan memudahkan baginya jalan menuju surga ”

(HR. Muslim)

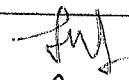
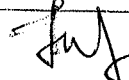
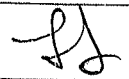



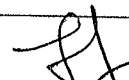
“Allah akan menolong seorang hamba, selama hamba itu
senantiasa menolong saudaranya ”

(HR. Muslim)

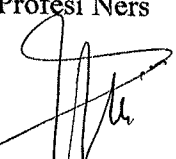
“Wahai Allah Tuhan manusia, hilangkanlah rasa sakit ini, sembuhkanlah, Engkaulah
Yang Maha Penyembuh, tidak ada kesembuhan yang sejati kecuali
kesembuhan yang datang dari-Mu. Yaitu kesembuhan yang tidak meninggalkan
komplikasi rasa sakit dan penyakit lain”.

(HR Bukhari dan Muslim)

REKAPITULASI KONSULTASI KIAN

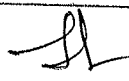



| NO | TANGGAL | POKOK BAHASAN | PARAF |
|----|------------------|---|--|
| 1. | 10 Oktober 2024 | Konsul Judul dan jurnal | 1.  |
| 2. | 15 Oktober 2024 | BAB I Pendahuluan , Acc Judul , lanjut BAB 2,3 | 2.  |
| 3. | 21 Oktober 2024 | Revisi BAB I pendahuluan | 3.  |
| 4. | 02 November 2024 | Konsul BAB 1, 2, 3 , dan Revisi BAB 3, 4, 5 . | 4.  |
| 5. | 01 Januari 2025 | Konsul Revisi BAB 3, 4, 5. Perbaikan sistematika Penulisan , Abstrak . | 5.  |
| 6. | 05 Januari 2025 | Konsul BAB 5 Revisi , Konsul Daftar pustaka | 6.  |
| 7. | 08 Januari 2025 | Konsul lengkap dari Cover Sampai lampiran terakhir Acc Kian, lanjut Daftar Ujian . | 7.  |
| | | | |

Ketua Program Studi
Profesi Ners

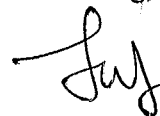
(
Trimeitia Suprihatiningsih, S.Kp., M.Kes)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Khusnul Khotimah, S.Kep
NIM : 41121232062
Judul KIAN : Penerapan Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam dengan Irama Murottal Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Ny. I di Puskesmas Jeruklegi II Cilacap

| NO | TANGGAL | MATERI KONSUL | PARAF |
|----|------------------|---|---|
| 1. | 10 oktober 2024 | Konsul judul kian dan jurnal tentang implementasi terapi murota dan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien hipertensi |  |
| 2. | 15 oktober 2024 | Konsul Bab I, pendahuluan. Bab 2. Tinjauan teori, dilanjutkan Bab 3 Metode penelitian. |  |
| 3. | 21 oktober 2024 | Konsul Revisi Bab I Teori masuk di Bab 2. |  |
| 4. | 02 November 2024 | Revisi bab 1, 2, 3 Spasi masih terlalu dekat Lihat panduan kian yang sudah di share oleh pembimbing. |  |

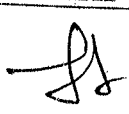


Pembimbing,



(Kasron, M.Kep., Ns)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Khusnul Khotimah, S.Kep
 NIM : 41121232062
 Judul KIAN : Penerapan Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam dengan Irama Murottal Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Ny. I di Puskesmas Jeruklegi II Cilacap

| NO | TANGGAL | MATERI KONSUL | PARAF |
|----|-----------------|---|---|
| 5. | 01 Januari 2025 | <ul style="list-style-type: none"> - Konsul pembahasan Bab 3 tentang metode penulisan kasus - Sistematika penulisan sesuaikan pedoman KIAN. |  |
| 6. | 05 Januari 2025 | <ul style="list-style-type: none"> - Revisi Bab 5 pembahasan. - Konsul Bab lengkap 1-5 - Konsul Abstrak - Daftar pustaka. |  |
| 7. | 08 Januari 2025 | <ul style="list-style-type: none"> - Revisi konsul lengkap Bab 1-5 Beserta lampiran Cover - ACC KIAN - lanjutkan Daftar Ujian |  |

Pembimbing,



(Kasron, M.Kep., Ns)

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : khushul ulhofimah
 Tempat Praktik : APTD Puskesmas Jemileng I
 Tanggal : 18 Juli 2024

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama.... Ny. I
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 17 Agustus 1956 / 68 tahun EP
3. Golongan darah : A/B/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
8. Pekerjaan : Petani / IRT
9. Alamat : Cilacap
10. Diagnosa medik : Hipertensi

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn. A
2. Umur : 68 tahun
3. Jenis kelamin : Laki-Laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Suami pasien
7. Pendidikan terakhir : SMA
8. Alamat : Cilacap

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien datang dengan keluhan lemas, mual, pusing berputar,
Pusing meningkat ketika membuka mata dan bangun dari tidurnya.
2. Faktor pencetus :
Hipertensi yang tidak terkontrol dan faktor kelelahan
beraktivitas
3. Lamanya keluhan : Pasien mengatakan sudah 1 hari
4. Timbulnya keluhan : () bertahap (✓) mendadak
5. Faktor yang memperberat :
Banyak pikiran saat beraktivitas

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :
Pasien mengatakan mempunyai tensi tinggi, tetapi tidak
rutin minum obat tensi, dan pasien juga mengatakan
Jarang cek kesehatan untuk mengecek tensi.

2. Kecelakaan : ... pasien tidak pernah mengalami kecelakaan ..

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : DBD
2. Waktu : sekitar 3 tahun yang lalu
3. Riwayat operasi : Tidak ada

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri : Pasien mengatakan sudah mengetahui ada riwayat hipertensi tetapi tidak mengonsumsi obat rutin
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya : Pasien mengatakan jika sakit hanya membeli obat warung
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat? : Pasien mengatakan tidak ada diet khusus selama sakit
 - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi : Pasien mengatakan periksa / berobat ketika keluhan sakitnya parah
 - 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit : Pasien mengatakan berobat ke Puskesmas terdekat / beli obat warung
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit : Pasien mengatakan berobat ke Puskesmas terdekat
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)

Merokok : pak/hari, lama : tahun

Alkohol : , lama : Tahun

Kebiasaan olah raga, jenis : , frekuensi :

| No | Obat/jamu yang biasa dikonsumsi | Dosis | Keterangan |
|----|---------------------------------|----------------|-------------|
| 1. | Paramex | 1 tab 3 x 1 | Jika pusing |

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan : sekitar ± 2 juta
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal : Baik dan sehat

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Rendah garam jumlah makan/hari : 3 kali/hari
- 2). Pola diit : Nasi lembek sayur makan terakhir : Pagi
- 3). Nafsu/selera makan : menurun Mual : ☒ Ya Tidak, waktu : Pagi
- 4). Muntah : ☒ tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : ☒ tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
- 6). Alergi makanan : ☒ tidak ada () ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : ☒ tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum ± 800 cc/hari
Cairan yang biasa diminum Air putih dan pasien terpasang infus
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh : 36,8 °C
Diaphoresis : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2). Berat badan : 63 kg Tinggi badan : 165 cm
Turgor kulit : baik Tonus otot : nilai baik
- 3). Edema : ☒ tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut : lembab Lingkar abdomen : 70 cm
- 6). Distensi vena jugularis : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Hernia/masa : ☒ tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 8). Bau mulut/halitosis : ☒ tidak ada () ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, tampak ada karies

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

- 1). Dispneu : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak : tidak ada gangguan
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya : tidak ada Pemajanan udara
- 4). Penggunaan alat bantu : ☒ tidak ada () ada,

b. Tanda obyektif:

- 1). Pernafasan : frekuensi $20 \times / m$ Kedalaman normal / ± 5 cm
Simetris gerakan dada simetris
- 2). Penggunaan alat bantu nafas Pasien tidak terpasang alat bantu
Nafas cuping hidung Tidak ada nafas cuping hidung pada pasien
- 3). Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik) Tidak ada
- 4). Fremitus : Ada vokal fremitus Bunyi nafas Vesikuler
- 5). Egofoni : Tidak ada Sianosis : Tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif:

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan Pasien mengatakan pergi ke sawah sebelum sakit.
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh Pasien mengatakan gerakan tubuh terbatas.
 - b). Kemampuan merubah posisi : ☒ mandiri () perlu bantuan, jelaskan
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
☒ mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- 3). Toileting (BAB/BAK) : ☒ mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Mudah merasa kelelahan : () tidak ada ☒ ada, jelaskan
Pasien mengatakan merasa lelah setelah aktifitas dari sawah
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : ☒ baik () kurang, jelaskan

b. Tanda obyektif:

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati Aktivitas pasien terpantau di tempat tidur
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) Baik
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak ☒ ya, jelaskan Pasien tampak berbaring
 - b). Kerapian berpakaian Tampak bersih dan rapih
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
Masa/tonus : tidak ada masalah
Kekuatan otot : lemah
Rentang gerak : Tidak ada masalah
Deformitas : Tidak ada
- 5). Bau badan : Tidak ada Bau mulut : Tidak ada
Kondisi kulit kepala : Bersih namun sedikit berminyak
Kebersihan kuku : Bersih, Tidak panjang

5. Istirahat

a. Gejala subyektif:

- 1). Kebiasaan tidur Pasien mengatakan tidur tidak ada masalah
Lama tidur Pasien mengatakan tidur 7 jam saat malam dan 1 jam
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur saat siang.
Tidak ada gangguan tidur.

- a). Insomnia : (✓) tidak ada () ada
 b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan
 c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif:
- 1). Ampak mengantuk/mata sayu : (✓) tidak ada () ada, jelaskan.....
- 2). Mata merah : (✓) tidak ada () ada
 Sering menguap : (✓) tidak ada () ada
 Kurang konsentrasi : (✓) tidak ada () ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif:
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (✓) ada,
 Jelaskan riwayat hipertensi : gang. tidak terkontrol.....
 2). Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Flebitis : Tidak ada () Penyembuhan lambat : -
 4). Rasa kesemutan : Tidak ada
 5). Palpitasi : Tidak ada
- b. Tanda obyektif:
- 1). Tekanan darah : 180/100 mmHg
 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : 133.2
 3). Nadi : 110 x/m
- a). Karotis : 110 x/m Teraba
 b). Femoralis : Teraba
 c). Popliteal : Teraba
 d). Jugularis : Teraba
 e). Radialis : Teraba
 f). Dorsal pedis : Teraba
 g). Bunyi jantung : 1 terdup Frekuensi : 80 bpm
 Irama : takkardi Kualitas : teratur
 h). Murmur : Tidak ada Gallop : Tidak ada
 i). Pengisian kapiler : < 2 detik
 Varises : Tidak ada Phlebitis : Tidak ada
 j). Warna membrane mukosa : Merah hitam Bibir : lembab
 Konjungtiva : Tidak anemis Sklera : Tidak ikterik
 Punggung kuku : Putih kemerahan

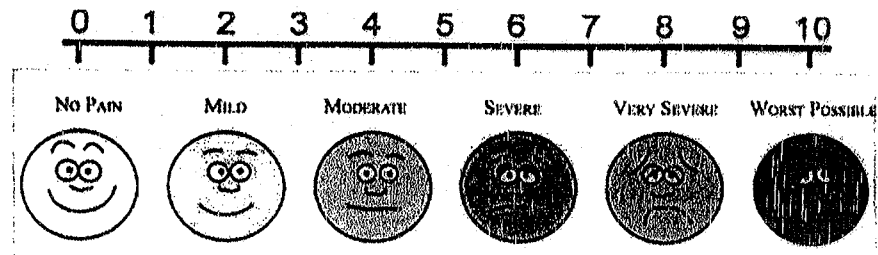
7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif:
- 1). Pola BAB : frekuensi : 1x hari konsistensi : lembek
 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Tidak ada penggunaan alat tertentu
 3). Kesulitan BAB : konstipasi : Tidak ada
 Diare : Tidak ada

- 4). Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : Pagi hari
- 6). Riwayat perdarahan : Tidak ada
- Hemorrhoid : Tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : Tidak ada
- b. Tanda obyektif :
- 1). Abdomen :
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan Tidak buncit, tampak simetris, Tidak ada lesi
- b). Auskultasi : bising usus 10 x/m Bunyi abnormal : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- c). Perkusi
- Bunyi timpani () tidak ada (✓) ada
- Kembung (✓) tidak ada () ada
- Bunyi abnormal (✓) tidak ada () ada
- Jelaskan.....
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : Tidak ada
- Nyeri lepas : Tidak ada
- Konsistensi : lunak/keras : lunak
- Massa : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAB : konsistensi lambek warna Kuning Coklat
- Abnormal : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAK : dorongan Ada Frekuensi 8-9 x/m
- Retensi Tidak ada
- Distensi kandung kemih : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : Warna kuning
- Jumlah 250 cc dalam 4 jam Bau Khas
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan Tidak terpasang

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif:



1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri):.....

.....paliatif = Istirahat, provokatif = Aktivitas

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan).....pasien mengatakan pusing berputar, lama 3 menit

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya).....pasien mengatakan nyeri di bagian kepala

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 - 10) ... 5

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya).....pasien mengatakan lama nyeri 3 menit setara terus-menerus

2). Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada (✓) ada, jelaskanpasien mengatakan pusing berputar

3). Sakit kepala : lokasi nyeri ... Ada
Frekuensi : hilang timbul

4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi ... Kaki

5). Kejang : (✓) tidak ada () ada
Jelaskan

Cara mengatasi :

6). Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan

7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan

8). Epistaksis : (✓) tidak ada () ada
Jelaskan

b. Tanda obyektif:

1). Status mental:

Kesadaran : (✓) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) ... 4

Respon motorik (M) ... 5 respon verbal (V) ... 6

3). Terorientasi/disorientasi : waktu ... baik (terorientasi)

Tempat ... baik (terorientasi) Orang ... baik (terorientasi)

4). Persepsi sensori : ilusi ... Tidak ada halusinasi ... Tidak ada

Delusi ... Tidak ada Afek ... Tidak ada Jelaskan ...

5). Memori :
Saat ini ... Baik

- Masa lalu baik
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : ☒ tidak ada () ada, sebutkan.....
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki isokor .. respon baik
 Ukuran pupil 2 mm
- 8). Fascial drop tidak ada Postur baik
 Reflek tidak ada (baik)
- 9). Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada ☒ ada
 Respon emosional bersikap protektif penyempitan fokus ada
memegangi kepala saat pusing

9. Keamanan

a. Gejala subyektif:

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
 Obat-obatan : tidak ada
 Makanan : tidak ada
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darah tidak ada
 Riwayat adanya reaksi tranfusi tidak ada
- 4). Riwayat cedera : ☒ tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : ☒ tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh 36,8 °C Diaforesis tidak ada
- 2). Integritas jaringan baik
- 3). Jaringan parut : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas tidak ada kedalaman.....
 Drainase purulen tidak ada
 Peningkatan nyeri pada luka tidak ada
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain tidak ada
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : ☒ tidak ada () ada, jelaskan ...
- 8). Gangguan keseimbangan : () tidak ada ☒ ada, jelaskan
pasién mengatakan pusing
- 9). Kekuatan umum lemah tonus otot lemah
 Parese/paralisa -

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif:

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual pasién mengatakan dirinya perempuan
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
pasién mengatakan sudah berumur tua sudah tidak memikirkan hubungan seksual.

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis ... tidak ada kelainan
Gangguan prostat ... Tidak ada
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/ketuban)
... Tidak ada gangguan .. pasien .. mengatakan sudah menopause
 - b). Riwayat kehamilan
... Baik .. Tidak ada Masalah kesehatan selama kehamilan ..
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
... Tidak terkaji
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
... Tidak terkaji
 - 2). Kutil genital, lesi
... Tidak terkaji

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress
... pasien mengatakan jika tensinya tidak turun
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
... pasien mengatakan mengambil keputusan dan di rundingkan keluarga
 - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
... pasien mengatakan jika menghadapi masalah selalu bermusyawarah
 - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
... pasien berdoa agar sakitnya lekas sembuh
 - 5). Perasaan cemas/takut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 6). Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 7). Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 8). Konsep diri :
 - a). Citra diri : pasien mengatakan dirinya berperan sebagai seorang IBU dan sebagai ibu menjalankan perannya dg baik
 - b). Ideal diri : pasien mengatakan ingin lekas sembuh dari sakitnya supaya dapat kembali beraktivitas
 - c). Harga diri : pasien mengatakan dirinya selalu di hormati oleh suami dan anaknya
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
 - e). Konflik dalam peran : Tidak ada
- b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : ☒ tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
tenang dan kooperatif

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif:

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
suami dan anaknya
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
suami dan anaknya
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : ☒ tidak ada () ada, sebutkan
- 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : () tidak ada
☒ ada, sebutkan

b. Tanda obyektif:

- 1). Kemampuan berbicara : ☒ jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti Tidak ada Afasia
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Tidak ada
- 3). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak ada
- 4). Adanya trakeostomi
Tidak ada
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Komunikasi dengan suami, anak, petugas medis
- 6). Perilaku menarik diri : (☒) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif:

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : Allah swt dan keluarganya
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : Sholat dan
berdoa frekuensi 5 waktu
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Sholat dilakukan dengan duduk & tempat tidur
- 5). Pemecahan oleh klien bersama dengan suaminya
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
☒ tidak ada () ada, jelaskan

b. Tanda obyektif:

- 1). Perubahan perilaku ... Tidak ada
- 2). Menolak pengobatan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium

.....
.....
.....

2. Radiologi

.....
.....
.....

3. EKG

.....
.....
.....

4. USG

.....
.....
.....

5. CT Scan

.....
.....
.....

6. Pemeriksaan lain

.....
.....
.....

7. Obat-obatan

Infus Nacl 20 tpm
Inj. ranitidin 2 x 1 Ampul
Captopril 25 mg x 3 x 1

8. Diet

- Rendah garam
- Gizi seimbang



ANALISA DATA

| No | Waktu | Data Fokus | Etiologi | Problem |
|----|------------|--|---------------------------|--|
| 1. | 18 Juli 24 | <p>Ds: - Pasien mengatakan pusing berputar</p> <p>- Pasien mengatakan pusing meningkat ketika membuka mata dan bangun dari tidurnya</p> <p>Do: P: Nyeri di kepala</p> <p>Q: Cenuh-cenuh (tertusuk)</p> <p>R: Nyeri dibagian kepala</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <p>- Pasien tampak gelisah, letih.</p> <p>- Pasien tampak protektif memegang kepala.</p> <p>- Nadi: 100 x/m - RR: 22 x/m.</p> | Agen Cedera Fisiologis | Nyeri Akut (D-0077) |
| 2. | 18 Juli 24 | <p>Ds: - Pasien mengatakan kepalanya pusing dan pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</p> <p>Do: Pasien tampak gelisah</p> <p>TD: 180/100 mmHg</p> <p>N: 100 x/m</p> <p>RR: 22 x/m</p> <p>Suhu: 36,8 °C</p> <p>Akral terasa hangat</p> | Hipertensi | Resiko perfusi serebral tidak efektif (D-0017) |
| 3. | 18 Juli 24 | <p>Ds: - pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakit hipertensi</p> <p>- pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat tensi</p> <p>Do: - Saat dilakukan pengkajian Ny. I tampak bingung dan menjelaskan jika dirinya merasa pusing hanya minum obat paramex tablet 3 x sehari.</p> <p>- pasien kooperatif</p> <p>- Pasien tampak lemas</p> | Kurang terpapar Informasi | Defisit Pengetahuan (D-0111) |

Diagnosa Prioritas

1. Nyeri Akut B.d Agen Cedera fisiologis
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif B.d Hipertensi
3. Defisit pengetahuan B.d kurang terpapar Informasi

INTERVENSI KEPERAWATAN

| No. | Diagnosa Keperawatan | SIKI | SLKI | Paraf |
|-----|--|---|--|---|
| 1. | Nyeri Akut (D.0077) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri berkurang sesuai dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066) Ekspektasi menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (5) 2. Menings kesakutan (5) 3. Sikap protektif (5) 4. Tekanan darah membaik (5) <p>Keferangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meringkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun | <p>SIKI : Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi istirahat dan tidur 2. Bantu teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misal : hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Jelaskan penyebab, pemicu dan periode nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |  |
| 2. | Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral meningkat sesuai dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Perfusi serebral (L.02014)</p> | <p>SLKI : Manajemen peningkatan tekanan Intrakranial (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal: gangguan metabolisme) |  |

| | | | | |
|----|------------------------------|---|--|----------------------|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala (5) 2. Gelisah (5) 3. Tekanan darah sistolik (5) 4. Tekanan darah Diastolik (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. membunuh 2. Cukup membunuh 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik | <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tanda dan gejala Peningkatan Tik (Tekanan darah meningkat) 3. Monitor MAP <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semipowler 2. Hindari pemberian Cairan IV Hipotonik. 3. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Edukasi Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika Perlu. | |
| 3. | Defisit Pengetahuan (D-0111) | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat Pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>SLKI : Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perilaku sesuai anjuran (5) 2. persepsi yang benar terhadap masalah (5) 3. perilaku sesuai dengan pengetahuan (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat. | <p>SLKI : Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. | <p>Prof. Khusrul</p> |

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

| No. | Waktu | Implementasi | Evaluasi Respon | Paraf |
|-----|--------------|---|--|--------------|
| 1. | 18 Juli 2024 | 1. Nyeri Akut 1.) mengidentifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2.) mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan melatih relaksasi tarik napas dalam. | Ds: Pasien mengatakan pusing cenut-cenut, lama 3 menit sekali, pusing berkurang jika tidur, skala 5. Do: Pasien tampak menahan nyeri. Ds: Pasien mengatakan nyeri/pusing cenut-cenut. Do: Pasien tampak memegang kepala Pasien kooperatif | Spt. khusnul |
| | | 2. Risiko perfusi serebral tidak efektif 1.) menjelaskan penyebab dan pemicunya (penyebab pusing adalah TD yang naik) 2.) mengidentifikasi penurunan tingkat energi | Ds: Pasien mengatakan sedikit ada gambaran ketika dijelaskan penyebab pusing Do: pasien tampak kooperatif TD: 180/100 mmHg. Ds: Pasien mengatakan mudah lelah ketika beraktivitas, kedua kaki terasa kebas Do: Pasien tampak tiduran di bed | |
| | | 3. Defisit pengetahuan 1.) menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor resiko: keturunan, pola makan, pola istirahat, pola aktivitas) 2.) mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (jaga kebersihan, kurangi konsumsi garam, kafein, minyak) | Ds: Pasien mengatakan lebih paham tentang penyakit yang diderita Do: Pasien tampak kooperatif Ds: pasien mengatakan mau berubah dalam perilaku hidup bersih dan sehat. Do: Pasien tampak kooperatif | |
| 2. | 19 Juli 2024 | 1. Nyeri Akut 1.) melatih dan mendemonstrasikan relaksasi napas dalam dan mendengarkan irama murotal al Qur'an irama nahawand untuk menurunkan nyeri kepala pasien 2.) memonitor respon pasien terhadap teknik relaksasi yang di pilih. | Ds: pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan mendengarkan murotal secara mandiri Do: pasien tampak lebih nyaman dan rileks, skala nyeri 3 Ds: Pasien mengatakan lebih rileks dan lebih nyaman Do: Pasien kooperatif teknik relaksasi dilakukan selama ± 15 menit. | Spt. khusnul |
| | | 2. Risiko perfusi serebral tidak efektif 1.) melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital | Ds: Pasien mengatakan bersedia melakukan pemeriksaan TTV | |

| | | | | |
|----|--------------|---|--|----------------|
| | | | Do: TD : 150/90 mmHg N : 85 x/m S : 36,8 °C RR : 20 x/m | Spd khusnul |
| | | 3. Defisit pengetahuan 1.) memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur relaksasi (memberikan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dengan metode diskusi leaflet) | Ds : Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi terkait hipertensi Do : pasien kooperatif. | Spd khusnul |
| 3. | 20 Juli 2024 | 1. Nyeri Akut 1.) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri. 2.) menganjurkan pasien sering melatih teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan murottal | Ds : pasien mengatakan sudah tidak pusing, skala 1, dan tidak ada keluhan lainnya Do : Pasien tampak rileks. Ds : pasien mengatakan siap bersedia melakukan terapi Do : Pasien kooperatif. | Spd khusnul |
| | | 2. Risiko perfusi serebral tidak efektif 1.) memberikan cairan isotonik (Infus RL dan injeksi ranitidine) sesuai anjuran dokter. 2.) memonitor status kardiorpulmonal (TD, N, S, RR, MAP) | Ds : - Do : terpasang infus RL 16 tpm dan injeksi ranitidin 1x1 Amp. Ds : Pasien mengatakan sudah tidak pusing. Do : TD : 130/85 mmHg, N: 80 x/m S : 36 °C, RR : 20 x/m. MAP : $\frac{(2(85) + 130)}{3} = \frac{300}{3} = 100 \text{ mmHg}$. | Spd khusnul |
| | | 3. Defisit pengetahuan 1.) mengajarkan pasien untuk menjaga pola hidup bersih dan sehat 2.) memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya. | Ds : pasien mengatakan akan menjaga pola hidup bersih dan sehat. Do : Pasien kooperatif. Ds : Pasien mengatakan apa saja penyebab hipertensi ? Do : pasien tampak bertanya kepada perawat. | Spd khusnul |

CATATAN PERKEMBANGAN

| No. | Waktu | Dx. Kep | Evaluasi SOAP | Paraf |
|-----|--------------|---|---|---------------------------------------|
| 1. | 18 Juli 2024 | Nyeri Akut (D.0077) | <p>S: Pasien mengatakan pusing cemet-cemet</p> <p>P: Nyeri di kepala ketika bergerak</p> <p>Q: Cemet-cemet</p> <p>R: Nyeri di kepala</p> <p>S: Skala 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak gelisah, meringis kesakitan</p> <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> | <p><i>[Signature]</i> Khusnul</p> |
| | | Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) | <p>S: Pasien mengatakan ketika tensinya tinggi pasti merasakan sakit kepala (pusing)</p> <p>O: TD: 180/100 mmHg. Pasien mempunyai riwayat HT Pasien tampak gelisah,</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. monitor tanda gejala peningkatan Tik</p> | <p><i>[Signature]</i> Khusnul</p> |
| | | Defisit Pengetahuan (D.0111) | <p>S: Pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakit hipertensi.</p> <p>O: pasien tampak bingung, gelisah,</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. Identifikasi kesapan menerima informasi</p> <p>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> | <p><i>[Signature]</i> Khusnul</p> |
| 2. | 19 Juli 2024 | Nyeri Akut (D.0077) | <p>S: Pasien mengatakan pusing berkurang</p> <p>P: Nyeri di kepala ketika banyak bergerak</p> <p>Q: Cemet-cemet</p> <p>R: nyeri di kepala</p> <p>S: skala 2</p> <p>T: hilang timbul.</p> <p>O: Pasien kooperatif, TD: 150/90 mmHg Pasien melakukan terapi relaksasi nafas dalam dan mendengarkan murotal Al Qur'an</p> <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. monitor nyeri</p> | <p><i>[Signature]</i> Khusnul</p> |

| | | | | |
|----|--------------|--|--|-------------|
| 3. | 20 Juli 2024 | Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) | <p>S: pasien mengatakan pusing berturung</p> <p>O: pasien tampak membaik, gelisah menurun</p> <p>TD: 150/90 mmHg, N: 90 x/m, RR: 20 x/m</p> <p>A: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. monitor MAP, dan tanda gejala peningkatan TIK</p> | Spd khusnul |
| | | Defisit Pengetahuan (D.0111) | <p>S: Pasien mengatakan masih belum mengerti tentang pengobatan serta gaya hidup yang harus dijalani oleh penderita penyakit hipertensi.</p> <p>O: pasien tampak menanyakan ke perawat</p> <p>A: masalah keperawatan defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. Sediakan materi dari booklet penkes.</p> | Spd khusnul |
| | | Nyeri Akut (D.0077) | <p>S: pasien mengatakan lebih rileks, tidak ada pusing</p> <p>P: Nyeri di kepala tidak ada</p> <p>Q: membaik</p> <p>R: nyeri di kepala tidak ada</p> <p>S: skala 0</p> <p>T: tidak ada,</p> <p>O: Pasien kooperatif, TD: 130/85 mmHg</p> <p>A: masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>1. Pasien BLPL</p> | Spd khusnul |
| | | Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) | <p>S: pasien mengatakan sudah tidak pusing</p> <p>O: pasien tampak membaik, tidak ada mual, muntah, pasien tampak rileks</p> <p>TD: 130/85, N: 80 x/m, S: 36°C</p> <p>RR: 20 x/m.</p> <p>A: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>1. Pasien BLPL</p> | Spd khusnul |
| | | Defisit pengetahuan (D.0111) | <p>S: pasien mengatakan sudah lebih mengerti terkait penyakit hipertensi</p> <p>O: pasien dapat menyebutkan pemicu hipertensi, pasien mampu menyebutkan diet yg tepat untuk hipertensi dan pantangan untuk hipertensi.</p> <p>A: masalah keperawatan Defisit Pengetahuan teratasi.</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>1. pasien BLPL</p> | Spd khusnul |