

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Klien :

- a. Nama : Ny. R
- b. Tempat Tanggal Lahir : Pemalang, 15 Agustus 1966
- c. Golongan darah : A
- d. Pendidikan terakhir : SMA
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Status Perkawinan : menikah
- h. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- i. Alamat : Jl. Nangka, Tambakreja Cilacap selatan
- j. Diagnosa Medis : Hipertensi

2. Identitas Penanggung Jawab :

- a. Nama : Tn. S
- b. Umur : 59 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki – laki
- d. Agama : Islam
- e. Suku : Jawa
- f. Hub. Dengan klien : Suami SAH
- g. Pendidikan terakhir : SMA

3. Status Kesehatan

- a. Status kesehatan saat ini

1) Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :

Pasien mengatakan nyeri kepala skala 6, pusing berputar, dan mata berkunang kunang. Badan lemas tidak berdaya seperti mau pingsan. Kaki terlihat sedikit bengkak. TD 190/110 mmHg, Nadi : 95x/menit, SaO₂ :90%, RR :22x/menit, Suhu 36⁰C

2) Faktor pencetus : tekanan darah 190/110 mmHg

3) Lamanya keluhan : 2 hari

4) Timbulnya keluhan : (√) bertahap () mendadak

5) Faktor yang memperberat : berjalan dan aktivitas berat

b. Status kesehatan masa lalu :

1) Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang)

Pasien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat jantung , ataupun diabetes mellitus, dan tidak pernah memiliki riwayat penyakit berat yang lain.

2) Kecelakaan : tidak pernah

c. Pernah dirawat : Pernah

1) Penyakit : Typoid

2) Waktu : 1 tahun lalu

3) Riwayat operasi : -

4. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi tentang kesehatan diri

Pasien mengatakan bahwa, pasien merawat kesehatannya dengan baik.

- 2) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Pasien mengatakan bahwa penyakit hipertensinya terkontrol di puskesmas setiap bulanya. Dan beliau membatasi makan makanan yang asin asin.

- 3) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

- a) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?

Pasien makan makanan yang rendah lemak dan rendah garam.

- b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi

Pasien mengatakan, pasien memeriksakan kesehatannya secara berkala ke puskesmas sebulan sekali dan minum obat hipertensi walaupun terkadang tidak rutin

- 4) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

- a) Yang dilakukan bila sakit

Pasien mengatakan jika sakit pasien meminum obat obatan yang tersedia di Puskesmas atau apotik terdekat.

- b) Kemana pasien biasa berobat bila sakit

Pasien mengatakan jika sakit, pasien berobat ke puskesmas atau praktik dokter umum.

- c) Kebiasaan hidup

Merokok : - pak/hari, lama : - tahun

Alkohol : - lama : - Tahun

Kebiasaan olah raga, jenis : senam anti hipertensi , frekuensi : 1
bln sekali

- 5) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- a) Penghasilan : hanya mengandalkan nafkah dari suami dan anaknya
 - b) Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS
 - c) Keadaan lingkungan tempat tinggal : Baik

5. Nutrisi, cairan dan metabolic

a. Gejala (subyektif)

- 1) Diet biasa (tipe) : rendah garam jumlah makan/hari : 3x sehari
- 2) Pola diit : rendah garam makan terakhir : semalam
- 3) Nafsu/selera makan : Kurang Mual : ~~Ya~~/Tidak,
- 4) Muntah : () tidak ada () ada, jumlah :
- 5) Nyeri ulu hati : () tidak ada () ada,
- 6) Alergi makanan : () tidak ada () ada
- 7) Masalah mengunyah/menelan : () tidak ada
- 8) Keluhan demam : () tidak ada () ada,
- 9) Pola minum/cairan : jumlah minum 8 L / hari
- 10) Cairan yang biasa diminum : air bening / mineral
- 11) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : () tidak ada () ada, 2 Kg

Ket: dari 78 jadi 76

b. Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh : 36 °C
- Diaphoresis : () tidak ada () ada,

- 2) Berat badan : 76 kg Tinggi badan : 156 cm
- 3) Turgor kulit : Baik Tonus otot : Baik
- 4) Edema : () tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 5) Ascites : () tidak ada () ada,
- 6) Integritas kulit perut : baik Lingkar abdomen 78 cm
- 7) Distensi vena jugularis : () tidak ada () ada,
- 8) Hernia/masa : () tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 9) Bau mulut/halitosis : () tidak ada () ada
- 10) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : lembab dan baik

6. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

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

b. Tanda obyektif :

- 1) Pernafasan : frekuensi 22x/mnt Kedalaman : normal
- 2) Penggunaan alat bantu nafas : tidak ada
Nafas cuping hidung : tidak
- 3) Batuk : tidak ada Sputum (karakteristik): -
- 4) Fremitus : - Bunyi nafas : normal
- 5) Egofoni : - Sianosis : tidak ada

7. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan
- 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a) Pergerakan tubuh : bebas mandiri
 - b) Kemampuan merubah posisi : () mandiri () perlu bantuan,
 - c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)

() mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- 3) Toileting (BAB/BAK) : () mandiri () perlu bantuan,
 jelaskan : selama sakit pasien selalu dibantu mulai dari makan,minum dan ke kamar mandi. Karena badannya terasa lemah dan terkadang masih merasakan nyeri kepala.
- 4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada
 () ada,
- 5) Mudah merasa kelelahan : () tidak ada () ada, jika melakukan pekerjaan rumah ataupun berjalan sedikit jauh mudah lelah
- 6) Toleransi terhadap aktivitas : () baik () kurang, jelaskan:
 setelah merasakan nyeri kepala dan mata berkunang kunang ,
 aktivitas pasien sebagian besar dibantu keluarga

b. Tanda obyektif :

- 1) Respon terhadap aktivitas yang teramati : normal
- 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : -
- 3) Penampilan umum :

- Tampak lemah : () tidak (√) ya, jelaskan terlihat lemas dan terus berbaring
- Kerapian berpakaian : rapih

8. Pengkajian neuromuskuler :

- a. Masa/tonus : normal
- b. Kekuatan otot : normal
- c. Rentang gerak : normal
- d. Kondisi kulit kepala : bersih berminyak
- e. Kebersihan kuku : cukup bersih

9. Istirahat

a) Gejala subyektif :

- 1) Kebiasaan tidur : tidak teratur
 - i. Lama tidur : 7-8 jam
- 2) Masalah berhubungan dengan tidur
 - i. Insomnia : (√) tidak ada () ada
 - ii. Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada (√) ada,

b) Tanda obyektif :

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : (√) tidak ada () ada,

10. Sirkulasi

a. Gejala subyektif :

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (√) ada,
Jelaskan , tensi tinggi mulai setahun terakhir
- 2) Riwayat edema kaki : () tidak ada (√) ada,

- 3) Flebitis : tidak ada () Penyembuhan lambat
 4) Rasa kesemutan : tidak ada
 5) Palpitasi : tidak ada

b. Tanda obyektif :

- 1) Tekanan darah : 190/110 mmHg
 2) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 136
 3) Nadi :
 a) Karotis : normal
 b) Femoralis : normal
 c) Popliteal : normal
 d) Jugularis : normal
 e) Radialis : normal
 f) Dorsal pedis : normal
 g) Bunyi jantung : normal Frekuensi : normal
 h) Irama : teratur Kualitas : teratur
 i) Murmur : tidak Gallop : -
 j) Pengisian kapiler :
 Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
 k) Warna membrane mukosa : merah Bibir : lembab
 l) Konjungtiva : merah Sklera : bersih
 m) Punggung kuku : normal kemerahan

11. Eliminasi

a. Gejala subyektif :

- 1) Pola BAB : frekuensi : 1x sehari konsistensi : padat

- 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : tidak
 - 3) Kesulitan BAB : tidak ada
 - 4) Penggunaan laksatif : () tidak ada () ada, jelaskan
 - 5) Waktu BAB terakhir : 1 hari yang lalu
 - 6) Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorrhoid : tidak ada
 - 7) Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
 - 8) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : setahun lalu saat rawat inap
 - 9) Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada
 - 10) asa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
 - 11) Kesulitan BAK : tidak ada
- b. Tanda obyektif :
- 1) Abdomen :
 - a) Inspeksi : abdomen membuncit ~~ada~~/ tidak
 - b) Auskultasi : bising usus 22x menit
Bunyi abnormal : () tidak ada () ada, jelaskan
 - c) Perkusi
Bunyi timpani () tidak ada () ada
Kembung () tidak ada () ada
Bunyi abnormal () tidak ada () ada
 - d) Palpasi :
Nyeri tekan : tidak ada

Nyeri lepas : tidak ada

Konsistensi : lunak

Massa : (√) tidak ada () ada,

2) Pola BAB : konsistensi : lembek warna : kuning kecoklatan

Abnormal : (√) tidak ada () ada, jelaskan.....

3) Pola BAK : dorongan : kuat Frekuensi : 3-4x sehari

Retensi : tidak ada

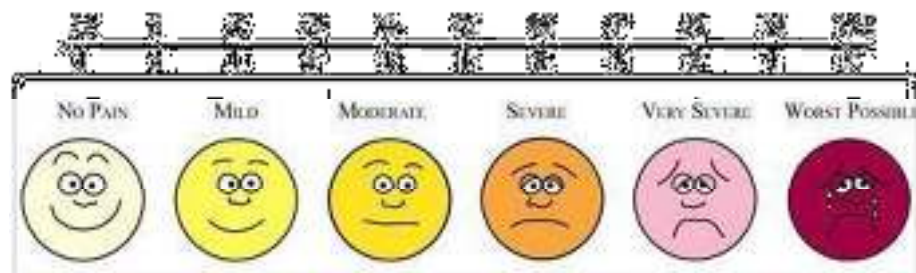
Distensi kandung kemih : (√) tidak ada () ada

Karakteristik urin : Jumlah 300 ml. Bau : normal

4) Bila terpasang kolostomi/ileustomi : tidak terpasang

12. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



1) Adanya nyeri

P = Nyeri kepala karena tensi tinggi

Q = seperti d tusuk-tusuk dan di goncangkan

R = kepala hingga leher

S = 6

T = terus menerus

- 2) Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada () ada, jelaskan pasien mengatakan kepalanya pusing berputar dan berkunang kunang saat dibawa berjalan.
 - 3) Sakit kepala : lokasi nyeri seluruh bagian kepala dari depan menjalar hingga kebelakang
Frekuensi : sepanjang hari
 - 4) Kesemutan/kebas/kelemahan : ada, lemah lemas sempoyongan seperti mau pingsan
 - 5) Kejang : () tidak ada () ada
 - 6) Mata : penurunan penglihatan () tidak ada () ada,
 - 7) Pendengaran : penurunan pendengaran () tidak ada () ada,
 - 8) Epistaksis : () tidak ada () ada
- b. Tanda obyektif :
- 1) Status mental :
Kesadaran : () komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) : 4
Respon motorik (M) : 6 respon verbal (V) : 5
 - 2) Terorientasi/disorientasi : terorientasi
 - 3) Persepsi sensori : tidak ada
 - 4) Memori : -
 - 5) Alat bantu penglihatan/pendengaran : () tidak ada () ada,
 - 6) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki : normal mengikuti cahaya
Ukuran pupil : normal

7) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada (\checkmark) ada

13. Keamanan

a. Gejala subyektif :

- 1) Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) : tidak ada
- 2) Riwayat penyakit hubungan seksual : (\checkmark) tidak ada
- 3) Riwayat tranfusi darah : belum pernah di transfuse
- 4) Riwayat cedera : (\checkmark) tidak ada () ada, sebutkan
- 5) Riwayat kejang : (\checkmark) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1) Suhu tubuh : 36°C Diaforesis : tidak ada
- 2) Integritas jaringan : baik
- 3) Jaringan parut : (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan
- 4) Kemerahan/pucat : (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan
- 5) Adanya luka : (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan
- 6) Ekimosis/tanda perdarahan lain (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan
- 7) Faktor resiko terpasang alat invasive : (\checkmark) tidak ada () ada,
- 8) Gangguan keseimbangan : (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan
- 9) Kekuatan umum : normal tonus otot : normal
- 10) Parese/paralisa : (\checkmark) tidak ada () ada, jelaskan

14. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

- 1) Sumber kekuatan bagi klien : Suami dan anaknya
- 2) Perasaan menyalahkan Tuhan : (\checkmark) tidak ada () ada,
- 3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : sholat 5 waktu

- 4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat :
ada, sulit berwudhu karena kepala sakit dan tubuh lemas.
- 5) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : () tidak ada () ada, jelaskan
- 6) 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, karna sulitnya mobilitas fisik.
- 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : () tidak ada () ada, jelaskan

15. Data Penunjang

a. Laboratorium

Tabel 3.1 Tabel Hasil Pemeriksaan darah rutin

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	11.2	g/dL	P 12.0 ~ 16.0
Lekosit	9.300	/uL	4400 ~ 11300
Hematokrit	34.8	%	P 35 ~ 47
Eritrosit	3.97	Juta/uL	P 3.6 ~ 5.8
Trombosit	331.000	/uL	150.000 ~ 450.000
Index Eritrosit			
MCV	87.7	fL	80 ~ 100
MCH	30.7	pg	26 ~ 34
MCHC	35.1	%	32 ~ 36
RDW-CV	11.9	%	11.5 ~ 14.5
Hitung Jenis Lekosit			
Basofil	0	%	0.1 – 1
Eosinofil	2	%	1 – 6
Batang	0	%	3 – 5

Segmen	65	%	40 – 70
Limfosit	28	%	30 – 45
Monosit	5	%	2 – 10
Netrofil Limfosit Ratio	2.32		
Total limfosit Count	2.604	/uL	1000 – 3700
HEMOSTASIS			
Masa Pendarahan/BT	3	Menit	1 – 7
Masa Pembekuan/CT	9	Menit	9 – 17
IMUNOSEROLOGI			
Hepatitis Marker			
HBsAg	NON		Non Reaktif
Anti HIV	REAKTIF		Non Reaktif
	NON		
	REAKTIF		
KIMIA KLINIK			
Fungsi Hati			
AST (SGOT)	17	U/L	14 – 36
ALT (SGPT)	11	37°C	9 – 52
Fungsi Ginjal			
Ureum	18.1	U/L	15 – 50
Keatinin	0.66	37°C	0.7 – 1.2
Karbohidrat		mg/dL	
		mg/dL	

16. Obat-obatan

- 1) Ceftriaxone 1x 2 gr,
- 2) lasix 1 x 20 gr,
- 3) Eritromicin 1 x500 gr,
- 4) Bicnat 3 x 1 mg,
- 5) As.Folat 1x5 mg
- 6) Candesartan 1 x 16 mg,
- 7) Clopidogrel 1 x 75 mg

17. Diit

Makanan padat seimbang dan rendah natrium.

B. Analisa Data

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1	28/11/2022	DO : 1. Pasien tampak menyinggahi kesakitan dengan skala 6. 2. Tekanan darah :190/110 mmHg. Nadi :95 x/menit. RR :22 x/menit. Suhu : 36,0 °C Ds :pasien mengatakan nyeri kepala	Peningkatan tekanan vaskuler serebral.	Nyeri Akut
2.	28/11/2022	DO: Pasien tampak lemah,TD 190/110 N 95x/menit RR 22x/menit SaO2 :90 % Ds : pasien mengatakn lemas, mata berkunang kunang seperti mau pingsan	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
3	28/11/2022	Do : kaki pasien terdapat piting oedem +2 N 95x/menit RR 22x/menit SaO2 :90 % Ds : pasien mengatakan kakinya mulai sedikit bengkak sejak kemarin	Kelebihan asupan natrium	Hipervolemia

Tabel 3.2 Analisa Data

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan yaitu pengambilan keputusan klinis untuk melakukan intervensi dengan faktor berhubungan dan batasan karakteristik disesuaikan dengan keadaan yang ditemukan pada setiap partisipan (NANDA, 2019). Hipertensi dapat terjadi karena Pola hidup yang tidak

sehat. Pilihan pola hidup yang dijalani merupakan penyebab hipertensi yang paling sering terjadi. Sebagai contoh, kebiasaan merokok, terlalu banyak konsumsi makanan asin, terlalu banyak konsumsi makanan manis, serta kurangnya aktivitas fisik. Pasien yang mengalami hipertensi dapat mengalami nyeri kepala yang disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga suplai oksigen akan menurun dan karbondioksida meningkat kemudian terjadi metabolisme anaerob didalam tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Price & Wilson 2006) . pada pasien Ny. R gejala hipertensi ditandai tekanan darah pasien yang meningkat hingga 190/110 mmHg, Saturasi yang menurun hingga 90% akibat suplai oksigen yang berkurang, dan nyeri kepala dengan skala 6, sehingga berdasarkan hasil pengkajian maka dapat dirumuskan diagnosa utama pada studi kasus ini adalah Nyeri akut.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dari diagnosa prioritas yang diambil pada pasien Ny. R yaitu nyeri akut, maka diambil intervensi manajemen nyeri yaitu langkah yang pertama dengan mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi nyeri, frekuensi nyeri, kualitas, dan intensitas nyeri. mengidentifikasi respon nyeri

non verbal dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Setelah itu langkah kedua dengan memngajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, misalnya; hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin. mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri mislnya; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. Kemudian memfasilitasi istirahat dan tidur pasien. Langkah ketiga menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri, dapat juga menjelaskan pemberian analgetik, jika diperlukan.

E. IMPLEMENTASI

Menurut Mufidaturrohmah (2017) Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain.

Dalam kasus ini tindakan mandiri perawat yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan menurunkan tekanan darah pasien berupa teknik pemijatan refleksi kaki. penulis melakukan implementasi pijat refleksi kaki pada Ny. R selama 3 hari pada tanggal 28, 29 dan 30 November 2022. Pada hari pertama tanggal 28 November 2022 penulis mengimplementasikan terapi pijat refleksi pada Ny. R pada jam 12.00 WIB

sebelum pasien meminum obat, sebelum melakukan tindakan pijat refleksi penulis mengukur tekanan darah pasien terlebih dahulu dan didapatkan tekanan darah pasien 169/95 mmHg, dan setelah tindakan keperawatan didapatkan tekanan darah pasien sebesar 166/92 mmHg pasien mengatakan bahwa nyeri kepalanya masih ada namun sedikit berkurang setelah mendapat terapi pijat refleksi kaki yang penulis lakukan.

Pada hari kedua tanggal 29 November 2022 penulis mengimplementasikan terapi pijat refleksi Ny. R pada jam 12.00 wib lagi dan seperti hari pertama, sebelum melakukan tindakan keperawatan penulis mengukur tekanan darah pasien terlebih dahulu. Dan didapatkan tekanan darah pasien 165/85 mmHg kemudian setelah dilakukan tindakan keperawatan menjadi 163/80 mmHg. Dan pasien mengatakan bahwa setelah mendapatkan perlakuan terapi pijat refleksi kaki dari penulis, pasien merasakan lebih nyaman dari sebelumnya. Dan setelah akhir shift keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dapat tertidur dengan nyenyak. Pada hari ketiga implementasi tanggal 30 november 2022, penulis kembali melakukan tindakan keperawatan mandiri terapi pijat refleksi kaki. Tekanna darah pasien sebelum perlakuan adalah 160/88 mmHg dan setelah perlakuan 158/87 mmHg.

F. EVALUASI

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1	28/11/2022	Nyeri Akut	<p>S : Pasien mengatakan bahwa nyeri kepalanya masih terasa namun tidak seperti sbelumnya, sudah jauh berkurang.</p> <p>O : pasien terlihat lebih santai dan rileks, TD:166/92 mmHg, N:101x/menit, RR:22x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi pemijatan refleksi kaki</p>	
2	29/11/2022	Nyeri Akut	<p>S :Pasien mengatakan bahwa nyeri kepalanya berkurang jauh, dan merasa lebih nyaman.</p> <p>O : pasien terlihat lebih santai dan rileks, TD:163/80 mmHg, N:100x/menit, RR:22x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi pemijatan refleksi kaki</p>	
3	30/11/2022	Nyeri Akut	<p>S :Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri kepala, dan tidur sudah nyenyak.</p> <p>O : pasien terlihat lebih santai dan rileks, TD:158/87 mmHg, N:98x/menit, RR:21x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : -</p>	