

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan keperawatan

ASUHAN KEPERATAWAN

Tempat : Ruang Sadewa RSU RAFFA

Hari, tanggal pengkajian : Senin, 17-03-2025

Jam Pengkajian : 08.00 WIB

A. IDENTITAS

1. Identitas Klien

Nama	: Tn. A
Usia	: 50 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Golongan Darah	: O
Pendidikan Terakhir	: Sarjana
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Status Perkawinan	: Menikah
Pekerjaan	: Guru
Alamat	: Padangjaya 002/003 Majenang
Diagnosa Medik	: Hipertensi

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. Y
Usia	: 49 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Hubungan dg pasien	: Istri
Alamat	: Padangjaya 002/003 Majenang

B. Status Kesehatan

1. Status Kesehatan Saat Ini

a. Alasan masuk

Pasien datang dengan keluhan pusing berputar dirasakan sejak 2 hari smrs, nyeri kepala memberat saat bergerak. Pasien mengeluh juga mual, muntah tidak, nafsu makan menurun.

- b. Faktor pencetus
Hipertensi yang tidak terkontrol dan tidak rutin minum obat
- c. Lamanya keluhan
Pasien mengatakan sudah 2 hari
- d. Timbulnya Keluhan
Mendadak sejak 2 hari
- e. Faktor yang memperberat
Banyak pikiran dan saat beraktivitas

2. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat penyakit sebelumnya
Pasien mengatakan mempunyai riwayat tensi tinggi, tetapi tidak rutin minum obat tensi dan jarang diperiksa
- b. Kecelakaan
Tidak ada

3. Riwayat dirawat di Fasilitas Kesehatan

Disangkal oleh pasien

C. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

1. Persepsi dan Pemeeliharaan Kesehatan

- a. Persepsi tentang kesehatan diri\

Pasien mengatakan jika merasa sakit diperiksakan ke fasilitas kesehatan terdekat, misal merasa sakit ringan membeli obat dari apotik.
- b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Pasien mengatakan sudah mengetahui ada riwayat hipertensi tetapi tidak mengkonsumsi obat rutin dan jarang memeriksakan tekanan darahnya.
- c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan, meliputi :

1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet tidak sehat

Pasien mengatakan tidak ada diet khusus yang dilakukan sebelum sakit

2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan diri, imunisasi

Pasien mengatakan selalu memeriksakan kesehatannya ketika merasa tidak sehat saja.

3) Kemampuan mengontrol kesehatan

a) Hal yang dilakukan bila sakit

Pasien mengatakan bila sakit pasien berobat ketempat klinik atau puskesmas terdekat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan

b) Tempat pasien berobat bila sakit

Pasien mengatakan jika sedang sakit pasien berobat dipuskesmas terdekat dan tidak sampai dirawat inap, atau membeli obat di apotik

c) Kebiasaan hidup

Merokok (-) berapa lama (-)

Alkohol (-) berapa lama (-)

Olahraga (-) berapa jkali sehari/seminggu (-)

No	Obat/jamu yang biasa Dikonsumsi	Dosis	Keterangan
----	------------------------------------	-------	------------

1.	Obat paramex	1 tab	Jika merasa pusing
----	--------------	-------	--------------------

d. Faktor ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

1) Penghasilan

Sekitar 2,5-3 juta/bulan

2) Kepemilikan suransi/jaminan kesehatan

BPJS

3) Keadaan lingkungan tempat tinggal

Keadaan baik atau sehat

2. Nutrisi, cairan, dan metabolik

a. Gejala subyektif

Diet tipe	: Rendah Garam
Pola diet	: Nasi lembek, makan terakhir pagi
Nafsu Makan	: Nafsu makan menurun
Mual & Muntah	: Mual ada, muntah tidak
Nyeri ulu hati	: ada
Alergi makanan	: Tidak ada
Masalah mengunyah/menelan	: Tidak ada
Keluhan demam	: Tidak ada
Pola minum/cairan	: Terpasang infus, minum sedikit tapi sering
Cairan yang biasa diminum	: Pasien mengatakan minum air putih sekitar 800 cc setiap hari
Penurunan BB dalam 6 bulan Terakhir	: Tidak ada
b. Tanda obyektif	
Suhu tubuh	: 36,7° C
Berat badan	: 65 kg
Tinggi badan	: 165 cm
Turgor Kulit	: Baik
Tonus otot	: Bernilai 5
Edema	: Tidak
Ascites	: Tidak ada
Integritas kulit perut	: Lembab, lingkaran abdomen 70 cm
Distensi vena jugularis	: Tidak ada
Hernia	: Tidak ada
Bau mulut	: Tidak ada bau yang khas

3. Pernapasan, aktivitas dan latihan pernapasan

a. Gejala subyektif

Dispneu : Tidak ada
 Yang meningkatkan/mengurangi Sesak : Tidak ada gangguan sesak napas
 Pemajanan terhadap udara : Tidak ada pemajanan udara Berbahaya diruangan rawat inap
 Penggunaan alat bantu : Tidak ada alat bantu jalan pendengaran dan gigi palsu serta kacamata hanya dibantu oleh keluarga jika aktivitas berjalan ke kamar mandi

b. Tanda obyektif

Pernapasan : Frekuensi 20x/m, kedalaman normal, gerakan dada simetris
 Penggunaan alat bantu napas : Pasien tidak terpasang alat bantu napas. Napas cuping hidung tidak ada
 Batuk : Tidak ada
 Sputum (karakteristik) : Tidak ada sputum
 Fremitus : Tidak ada vokal fremitus
 Bunyi napas : vesikuler
 Sianosis : Tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif

1) Kegiatan dalam pekerjaan : Pasien mengatakan setiap pagi berangkat ke sekolah untuk mengajar
 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas : Tidak ada gangguan sesak napas
 a) Pergerakan tubuh : Tidak ada keterbatasan dalam pergerakan
 b) Kemampuan merubah : mandiri

Posisi

- c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll) : Dilakukan mandiri
- d) Toileting (BAB/BAK) : Mandiri
- e) Keluhan sesak napas : Tidak ada setelah beraktivitas
- f) Mudah merasa kelelahan : Tidak ada
- g) Toleransi terhadap : Baik

Aktivitas

b. Tanda obyektif

- 1) Respon terhadap aktivitas yang teramati : Aktivitas klien terpantau ditempat tidur sedang tidur
- 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : Status mental klien baik
- 3) Penampilan umum
 - a) Tampak lemah : Iya, pasien terbaring ditempat tidur dengan lesu
 - b) Kerapian berpakaian : Klien tampak berpakaian rapih dan bersih
- 4) Pengkajian neuromuskuler
 - a) Masa/tonus : Tidak ada masalah
 - b) Kekuatan otot : Lemah
 - c) Rentang gerak : Tidak ada masalah
 - d) Deformitas : Tidak ada
- 5) Bau badan : Tidak ada bau badan
 - a) Bau mulut : Tidak ada
 - b) Kondisi kulit kepala : Bersih sedikit berminyak
 - c) Kebersihan kuku : Bersih dan tidak panjang

5. Istirahat

a. Gejala subyektif

- 1) Kebiasaan tidur : Pasien mengatakan tidur kadang terganggu, lama tidur 5 jam. Lama tidur sebelum sakit 8 jam, setelah sakit 5 jam.
- 2) Masalah berhubungan dengan tidur
 - a) Insomnia : Tidak ada
 - b) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : Ada. Pasien mengatakan kurang puas setelah bangun tidur karena tidur sering terbangun dan karena kondisi lingkungan yang baru sehingga mengganggu istirahat.
 - c) Lain-lain, sebutkan : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : Ada. Klien terlihat kantuk, mata tampak sayu, terdapat kantung mata bagian bawah dan sering menguap
- 2) Mata merah : Tidak ada
- 3) Sering menguap : Ada
- 4) Kurang konsentrasi : Ada

6. Sirkulasi

a. Gejala subyektif

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : Ada. Karena riwayat hipertensi yang uncontrol.
- 2) Riwayat edema kaki : Tidak ada
- 3) Plebitis : Tidak ada
- 4) Rasa kesemutan : Tidak ada

- 5) Palpitasi : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
- 1) Tekanan darah mmHg : 185/88 mmHg
- 2) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 120 mmHg
- 3) Nadi : 88x/menit
- a) Karotis : Teraba kuat
- b) Femoralis : Teraba kuat
- c) Polipteal : Tidak ada
- d) Jugularis : Teraba kuat
- e) Radialis : Teraba kuat
- f) Dorsal pedis : Teraba kuat
- g) Jantung : Bunyi normal (lup-dup)
Frekuensi 80 bpm
Irama reguler
- h) Murmur : Tidak ada
- i) Gallop : Tidak ada
- j) Pengisian kapiler : Kurang dari 2 detik
- k) Varises : Tidak ada
- l) Plebitis : Tidak ada
- m) Warna membran mukosa : Merah muda. Konjungtiva tidak anemis, sklera putih terlihat pembuluh darah. Punggung kuku putih kemerahan.

7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif
- 1) Pola BAB : Frekuensi 1x sehari,
konsistensi lembek

- 2) Perubahan dalam kebiasaan : Tidak ada penggunaan alat BAB (penggunaan alat tertentu, misal terpasang kolostomi/ileostomy)
- 3) Kesulitan BAB : Tidak ada, diare tidak ada
- 4) Penggunaan Laksatif : Tidak ada
- 5) Riwayat perdarahan : Tidak ada
- 6) Hemorrhoid : Tidak ada
- 7) Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada riwayat inkontinensia alvi
- 8) Riwayat penggunaan alat-alat : Tidak ada (misal kateter)
- 9) Riwayat penggunaan diuretik : Tidak pernah menggunakan obat
- 10) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada rasa nyeri saat BAK
- 11) Kesulitan BAK : Tidak ada kesulitan BAK, klien BAK normal 6-7x/hari

b. Tanda obyektif

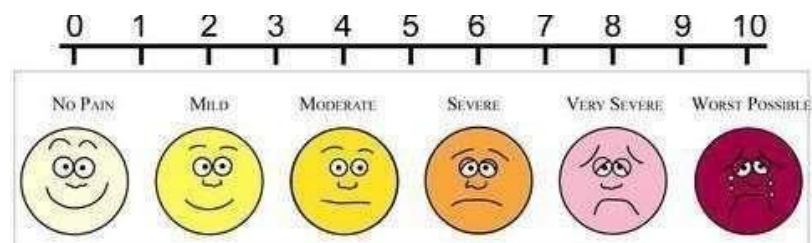
1) Abdomen

- a) Inspeksi : Abdomen tidak buncit dan tidak ada lesi
- b) Auskultasi : Bising usus normal 18x/menit
- c) Perkusi
 - (1) Bunyi timpani : Ada
 - (2) Kembung : Ada
 - (3) Bunyi abnormal : Tidak ada
- d) Palpasi
 - (1) Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan
 - (2) Nyeri lepas : Tidak ada
 - (3) Konsistensi : Lunak

- (4) Massa : Tidak ada
- e) Pola BAB
- (1) Konsistensi : Lembek
- (2) Warna : Coklat kekuningan
- (3) Jelaskan : BAB lancar dan normal
- f) Pola BAK
- (1) Dorongan : Ada
- (2) Frekuensi : 6-7x/hari
- (3) Retensi : Kurang lebih 250 cc dalam 4 jam
- (4) Distensi : Tidak ada
- g) Karakteristik urine : Warna kuning
- h) Bila terpasang : Tidak terpasang kolostomi kolostomi/ileustomi

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif



1) Adanya nyeri

- a) P = Paliatif/provokatif :
(yang mengurangi/meningkatkan nyeri) : Klien mengatakan yyang mengurangi nyeri istirahat. Yang meningkatkan nyeri yakni aktivitas.
- b) Q = kualitas/kuantitas :
(frekuensi dan lamanya keluhan yang dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan). : Klien mengatakan kualitas pusing berputar dengan lama 3 menit.

- c) R = region (lokasi sumber dan penyebarannya) : Klien mengatakan nyeri bagian kepala
- d) S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1-10) : Klien mengatakan skala nyeri 6
- e) T = Time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) : Klien mengatakan nyeri 3 menitan dan terus menerus
- 2) Rasa ingin pingsan/pusing : Ada
- 3) Sakit kepala : Ada
 - 1) Lokasi nyeri : Di kepala
 - 2) Frekuensi : Hilang timbul
- 4) Kesemutan/kebas/kelemahan : Tidak ada
- 5) Kejang : Tidak ada
- 6) Mata : Tidak ada penurunan pengelihatan
- 7) Pendengaran : Penurunan pendengaran tidak ada
- 8) Epistaksis : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
 - 1) Status mental : Baik
 - 2) Terorientasi/disorientasi : Terorientasi
 - 3) Persepsi sensori
 - a) Ilusi : Tidak ada
 - b) Halusinasi : Tiak ada
 - c) Delusi : Tidak ada
 - d) Afek : Tidak ada
 - 4) Memori : Memori saat ini baik, dan masa lalu baik.
 - 5) Penggunaan alat bantu : Tidak ada alat bantu pengelihatan maupun pendengaran

- 6) Reaksi pupil terhadap cahaya : Ka/ki isokor respon dengan baik
- 7) Ukuran pupil : Tidak ada
- 8) Facial drop : Tidak ada
- 9) Postur : Terpasang infus, minum sedikit tapi sering
- 10) Reflek : Pasien mengatakan minum air putih sekitar 800 cc setiap hari
- 11) Penampilan umum tampak kesakitan : Ada
- 12) Respon emosional : Bersikap protektif memegang kepala
- 13) Penyempitan fokus : Ada

9. Keamanan

a. Gejala subyektif

- 1) Alergi : Tidak ada
 - a) (catatan agen dan reaksi spesifik
 - b) Alergi obat-obatan : Tidak ada
 - c) Alergi makanan : Tidak ada
- 2) Riwayat penyakit hubungan seksual : Tidak ada
- 3) Riwayat transfusi darah : Tidak ada
- 4) Riwayat cedera : Tidak ada
- 5) Riwayat kejang : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Suhu tubuh : 36,7°C
- 2) Diaforesis : Tidak ada
- 3) Integritas jaringan : baik
- 4) Jaringan parut : Tidak ada

- 5) Kemerahan/pucat : Tidak ada
- 6) Adanya luka : Tidak ada
- 7) Drainase purulen : Tidak ada
- 8) Peningkatan nyeri pada luka : Tidak ada
- 9) Ekimosis/tanda perdarahan : Mimisan
Lain
- 10) Faktor resiko terpasang alat : Tidak ada
Invasive
- 11) Gangguan keseimbangan : Ada
- 12) Kekuatan umum tonus otot : Lemah

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual : Pasien mengatakan dirinya sebagai laki-laki dan mengerti hak dan kewajiban seorang laki-lakidirinya sebagai laki-laki dan mengerti hak dan kewajiban seorang laki-laki
- 2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai konsisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) : Pasien mengatakan sudah berumur tua sudah tidak memikirkan untuk berhubungan badan
- 3) Permasalahan selama aktivitas seksual : Tidak ada
- 4) Pengkajian pada laki laki
 - a) Palpasi penis : Tidak ada kelainan
 - b) Gangguan prostat : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Pemeriksaan : Tidak terkaji

payudara/penis/testi

2) Kulit genital, lesi : Tidak terkaji

11. Persepsi diri, konsep diri dan coping

a. Gejala subyektif

1) Faktor stress : Pasien mengatakan stress jika tekanan darah tidak turun

2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu) : Pasien mengambil keputusan dengan dirundingkan dengan anggota keluarga yang lain (istri dan anaknya)

3) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah : Pasien jika menghadapi masalah selalu musyawarah dulu dengan anggota keluarganya.

4) Upaya klien dalam menghadapi masalah : Pasien berdoa agar sakitnya lekas sembuh

5) Perasaan cemas/pucat : Tidak cemas

6) Perasaan ketidakberdayaan : Tidak ada

7) Perasaan keputusasaan : Tidak ada

8) Konsep diri

a) Citra diri : Pasien mengatakan dirinya Berperan sebagai seorang ayah dan sebagai suami menjalankan perannya dengan baik sebelum sakit.

b) Ideal diri : Pasien mengatakan ingin lekas sembuh dari sakitnya supaya dapat kembali bekerja dan berkumpul dengan keluarga dirumah

- c) Harga diri : Pasien mengatakan dirinya selalu dihormati oleh istri dan
 - d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : anaknya Tidak
 - e) Konflik dalam peran : Tidak ada
 - b. Tanda obyektif
 - 1) Status emosional : Tenang
 - 2) Respon fisiologi yang terobservasi
 - a) Perubahan tanda vital : -
 - b) Ekspresi wajah : tenang
- 12. Interaksi sosial
 - a. Gejala subyektif
 - 1) Orang terdekat & lebih Berpengaruh : Istri dan anaknya
 - 2) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : Istri dan anaknya
 - 3) Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orangtua, saudara, pasangan) : Tidak ada
 - 4) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan klien lain : Tidak ada
 - b. Tanda obyektif
 - 1) Kemampuan berbicara
 - a) Artikulasi : Jelas
 - b) Dapat dimengerti/tidak : Dapat dimengerti
 - c) Afasia : Tidak ada
 - 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 : Dengan istri dan anaknya
- 6) Perilaku menarik diri : Tidak ada

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif

- 1) Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT dan keluarga
- 2) Perasaan menyalahkan Tuhan : Tidak ada
- 3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : Pasien mengatakan kegiatan agamanya dengan sholat dan berdoa dengan frekuensi 5 waktu
- 4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat : Sholat dilakukan dengan duduk di tempat tidur
- 5) Pemecahan oleh klien : Bersama istrinya
- 6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut oleh klien yang bertentangan dengan kesehata : Tidak ada
- 7) Pertentantangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Perubahan perilaku : Tidak ada perubahan perilaku
- 2) Menolak pengobatan : Tidak ada
- 3) Berhenti menjalankan : Tidak ada

aktivitas agama

- 4) Menunjukkan sikap : Tidak ada permusuhan dengan tenaga kesehatan

D. Data Penunjang

1. Laboratorium

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	KETERANGAN
KIMIA DARAH				
Fungsi Ginjal				
CREATININ	1.2	P : 0.6 - 1.10 L : 0.9 - 1.30	mg/dl	
UREUM	27	10 - 50	mg/dl	

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	KETERANGAN
HEMATOLOGI				
Hematologi Rutin				
LEKOSIT	8.4	P : 5.0 - 11.0 L : 3.8 - 10.6 ANAK: 4.5 - 13.5	10 ³ /ul	
ERITROSIT	4.79	P : 3.80 - 5.20 L : 4.50 - 6.50 ANAK : 4.00 - 5.50 BBL: 4.30 - 6.30	10 ³ /ul	
HEMOGLOBIN	15.1	P : 11.70 - 15.50 L : 13.20 - 16.00 ANAK : 10.80 - 15.60 BBL : 15.20 - 23.60	gr/dl	
HEMATOKRIT	43.3	P : 37.0 - 48.0 L : 40.0 - 52.0 ANAK : 33.0 - 45.0 BBL : 44.0 - 72.0	%	
MCV	90.5	80 - 100	fL	
MCH	31.6	26 - 34	pg	
MCHC	34.9	32 - 36	gr/dl	
TROMBOSIT	280	150 - 450	10 ³ /ul	
KIMIA DARAH				
Glukosa				
GLUKOSA DARAH SEWAKTU	125	70 - 180	mg/dl	

2. Obat-obatan

- Infus RL 1000cc/24 jam
- SP nicardipine 5mcg/kgbb s.d target TD < 160mmhg
- Injeksi omeprazole 1x40 mg
- Injeksi ondancetron 3x4mg
- Injeksi furosemide 2x10mg
- Spironolactone 1x25mg po
- Betahistin 2x1tab po

E. Analisa Data

Data Fokus	Etiologi	Problem
------------	----------	---------

DS :	Agen cedera	Nyeri akut
Pasien mengatakan pusing cenut-cenut, nyeri kepala, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul,	fisiologis	
P: nyeri dirasakan pada saat setelah beraktivitas dan tekanan darah tinggi		
Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk		
R: nyeri dikepala sampai tengkuk		
S: skala nyeri 6		
T: hilang timbul selama 1 hari		
DO:		
Pasien terlihat letih, meringis kesakitan, gelisah dan sikap protektif memegang kepala		
TD awal masuk IGD : 190/110 mmHg, TD saat pengkajian : 185/88		
N : 87 x/menit, RR : 20x /menit, S : 36.4 derajat celcius, Spo2 : 98%		
DS :	Hipertensi	Risiko Perfusi
Pasien mengatakan kepala pusing cenut-cenut, pasien mengatakan punya darah tinggi tapi jarang diperiksa		Serebral Tidak Efektif
DO :		
Pasien terlihat letih		
TD awal: 190/110 mmHg		
MAP : 136,66 mmHg		
TD saat pengkajian : 185/88 mmHg		
MAP : 120 mmHg		

DS:	Hambatan	Gangguan pola
Pasien mengatakan kurang puas setelah bangun tidur karena tidur sering terbangun, dan karena kondisi lingkungan yang baru sehingga mengganggu istirahat	lingkungan	tidur
DO :		
pasien tampak menguap, mata tampak sayup		

F. Prioritas Masalah

Berdasarkan pengkajian dan pengumpulan data diatas, maka diagnosa keperawatan menurut buku Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI) yang muncul pada pasien Hipertensi (DPP Tim Pokja SDKI, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d Hipertensi (D.0017)
3. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (D.0055)

G. Intervensi

NO	DX.	SLKI	SIKI
KEPERAWATAN			
1	Nyeri akut b.d agen pencedera bilologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Kesulitan tidur menurun 3. Tekanan darah menurun 4. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik , durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Indentiikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Indentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Anjarkan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Relaksasi napas dalam) Kolaborasi

			Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d Hipertensi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi cerebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (<u>mean arterial pressure/MAP</u>) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (gangguan metabolisme) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah naik) 3. Monitor MAP Terapeutik 1. Berikan posisi semifowler 2. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 3. Pertahankan suhu tubuh normal Edukasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
3	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil :	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

1. Keluhan sulit tidur menurun	Terapeutik
2. Keluhan sering terjaga menurun	1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
3. Keluhan tidak puas tidur	2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
menurun	3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
4. Keluhan pola tidur berubah	4. Tetapkan jadwal tidur rutin
menurun	5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
	Edukasi
	1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
	2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
	4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
	5. Ajarkan ^{8,6} faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

H. Implementasi

No	Hari, tanggal dan jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Senin, 17-03-2024 08.00	1. Mengidentifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	DS : pasien mengatakan pusing cenut-cenut, lama pusing 3 menit sekali, pusing berkurang jika tidur, meningkat jika aktivitas, skala nyeri 6 DO : pasien tampak menahan sakit, berfokus pada diri sendiri.	Yuli
	08.10	3. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (jika pusing sudah sangat hebat gunakan obat-obatan untuk mengurangi nyeri).	DS: pasien mengatakan jika sakit bertambah parah minum obat DO : pasien tampak kooperatif.	Yuli
	08.30	4. Mendemonstrasikan dan latih relaksasi dengan teknik napas dalam	DS : pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri DO : pasien mampu melakukan tehnik relaksasi	
	09.00	5. Memonitor TTV dan MAP	DS : -	Yuli
	10.00	6. Memberikan obat injeksi furosemide 10mg	DO : TD 185/88 mmHg, N 88x/mnt, suhu 36,7 ⁰ MAP : 120 mmHg, inj.furosemide 8 7)	
	10.05	7. Berkolaborasi pemberian obat penurunan tekanan darah	DS : - DO : terpasang SP nicardipine 5mcg/kg bb (10,5ml/jam)	Yuli
	10.10	8. Memonitor status cairan (masukan cairan dan saluaran, turgor kulit, CRT)	DS : - DO : terpasang infus RL 1000cc/24 jam, turgor kulit baik, CRT <2 dtk.	Yuli
	10.15	9. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (karena suplai O2	DS : pasien mengatakan pusing cenut-cenut, mual. DO : TD 185/88 mmHg, MAP 120	Yuli

		dalam otak menurun, pembuluh darah dalam sistemik mengalami vasokonstriksi, afterload meningkat, terjadi penurunan curah jantung).	mmHg	
10.20	10. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 11. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)	DS : pasien mengatakan biasanya tidur di malam hari 8 jam, di rumah sakit tidurnya susah karena belum terbiasa dengan lingkungannya DO : pasien tampak mengantuk	Yuli	
10.22	12. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)	DS : - DO : tampak terpasang lampu yang redup	Yuli	
10.25	13. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	DS : Pasien memahami apa yang di jelaskan perawat DO : pasien tampak kooperatif	Yuli	
10.27	14. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	DS : pasien mengatakan akan berusaha untuk tidur seperti kebiasaan di rumah DO : pasien tampak kooperatif	Yuli	
10.30	15. Memberikan posisi semifowler	DS : pasien mengatakan nyaman ketika posisi semifowler DO : pasien tampak lebih nyaman	Yuli	
13.00	16. Memonitor TTV dan MAP	DS : - DO : TD : 165/90 mmHg, MAP 115 mmHg, N 90 x/menit, RR 20x/menit, S 36.5 Spo2 98%	Yuli	
14.00	17. Memberikan injeksi ondancetron 4 mg	DS : - DO : inj. Ondan 4mg (+)		
14.02	18. Menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam	DS: pasien mengatakan merasa lebih baik dan nyaman setelah melakukan relaksasi napas dalam DO: pasien tampak kooperatif		
2 Selasa, 18-04-	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	DS : pasien mengatakan pusing sudah mulai berkurang, frek. 10	Yuli	

2025 08.00	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri.	menit, kualitas cenut-cenut, skala 4 DO : pasien tampak meringis berkurang	
08.05	2. Mengidentifikasi respon nyeri secara non verbal	DS : - DO : pasien tampak melokalisir nyeri berkurang	Yuli
08.10	3. Mendemonstrasikan relaksasi napas dalam	DS : pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri DO : pasien tampak lebih nyaman dan rileks	Yuli
08.20	4. Mengajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam	DS : pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri DO : pasien tampak lebih nyaman dan rileks	Yuli
08.30	5. Memonitor respon terhadap teknik relaksasi yang dipilih	DS : pasien mengatakan tidak mengalami kelelahan saat melakukan teknik relaksasi napas dalam, pasien mengatakan merasa lebih rileks ketika melakukan relaksasi napas dalam DO : pasien tampak rileks, relaksasi napas dalam dilakukan selama 6 menit	Yuli
09.00	6. Memonitor TTV dan MAP	DS : - DO : TD 150/78 mmHg N 96 x/mnt S 36,5°C Spo2 98% MAP 120 mmHg	Yuli
	7. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	DS : pasien mengatakan pusing berkurang, tidak mual DO : TD 150/78, MAP 120 mmHg	
09.10	8. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur	DS : pasien mengatakan semalam dapat tidur terbangun 2x karena mau kencing DO : pasien tampak lebih segar di banding ahri pertama	Yuli

09.15	9. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). Menyarankan pasien dan keluarga jika mau tidur lampu dimatikan	DS : - DO : pasien tampak nyaman dan bisa istirahat	Yuli
10.00	10. Memonitor tetesan infus dan memberikan injeksi furosemid 10mg	DS : - DO : terpasang infus RL 1000ml/24jam, inj. Furosemid 10mg (+)	Yuli
12.00	11. Memonitor TTV dan MAP	DS : - DO: TD 140/80mmHg N 86x/menit S 36.5 Spo2 98 % MAP 100mmHg	Yuli
14.00	12. Memberikan injeksi ondancetron 4mg	DS : - DO : inj. Ondan 4mg(+)	Yuli
	13. Mendemonstrasikan relaksasi napas dalam	DS : pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri DO : pasien tampak lebih nyaman dan rileks	
3	Rabu, 19-03-2025 08.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frek, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri. DO : pasien mengatakan pusing berputar menurun, nyeri kepala menurun, skala 2, tidak DO : pasien tampak lebih rileks, TD 150/88 mmHg	Yuli
	08.30	2. Menganjurkan sering melatih Teknik relaksasi napas dalam ketika ada keluhan nyeri DO : pasien mengatakan jauh lebih baik dan rileks ketika melakukan relaksasi napas dalam DO : pasien tampak nyaman dan lebih rileks, TD 140/85 mmHg	Yuli
	08.35	3. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur DO : pasien mengatakan semalam bisa tidur nyenyak, aktivitas seperti ke kamar mandi bisa dilakukan sendiri DO : pasien tampak lebih segar, pasien tidak tampak menguap terus	

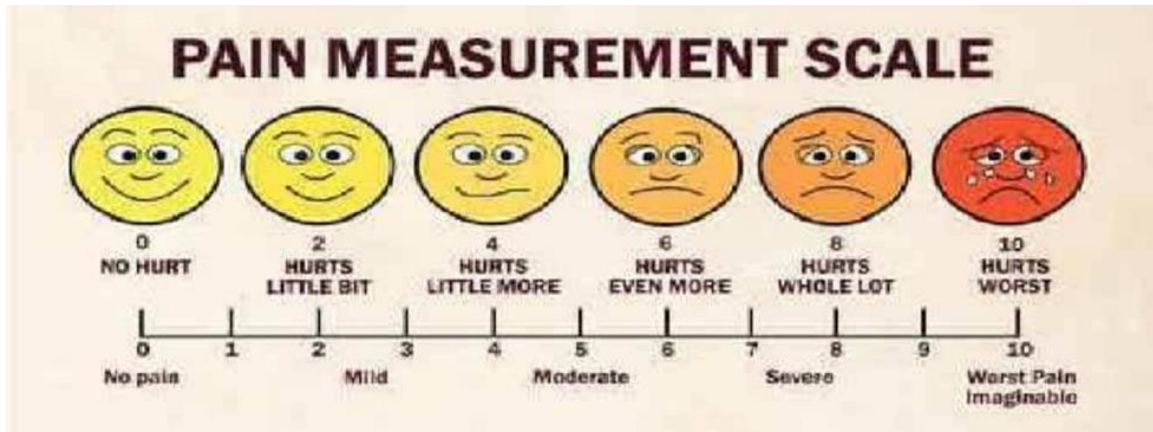
09.00	4. Memonitor TTV dan MAP	DS : - DO : TD 120/75 mmHg, N 80x/menit, S 36.6, Spo2 99%, MAP 90 mmHg	Yuli
10.00	5. Visit dokter (pasien boleh pulang) 6. Melakukan discharge palnning (mengulang kembali cara melakukan relaksasi napas dalam, menjelaskan terkait tanggal kontrol)	DS : pasien mengatakan merasa senang karena mau pulang merasa sudah baikan juga, pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan perawat DO : pasien tampak lebih nyaman dan rileks, pasien tampak kooperatif saat dijelaskan	Yuli

I. Evaluasi

No	Hari, tanggal dan jam	Dx Keperawatan	Catatan perkembangan	Tanda Tangan
1	Rabu, 19-03-2025 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis	<p>S : pasien mengatakan lebih rileks, tidak ada mual, skala nyeri 2</p> <p>O : TD 120/75 mmHg, pasien tampak lebih segar,</p> <p>A : nyeri akut teratasi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Berfokus pada diri sendiri menurun 3. Mual menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tampak meringis menurun <p>P : hentikan intervensi, Pasien BLPL</p>	Yuli
2	Rabu, 19-03-2025 10.00	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak pusing, skala nyeri 2, sudah tidak mimisan, tidak ada mual</p> <p>O : pasien tampak membaik, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD 140/85 mmHg, MAP 99 mmHg, N 90x/mnt</p> <p>A: risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intracranial membaik 2. Sakit kepala membaik 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 6. Tekanan darah systole membaik 7. Tekanan darah diastole membaik <p>P : hentikan intervensi Pasien BLPL</p>	Yuli
3	Rabu, 19-03-2025 10.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak semalam</p> <p>O : pasien tampak lebih segar, tidak tampak menguap terus</p> <p>A : Gangguan pola tidur teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun <p>P : Hentikan Intervensi, pasien BLPL</p>	Yuli

Lampiran 2. Form Penilaian Skala Nyeri

FORMULIR PENILAIAN SKALA NYERI PASIEN



Wong Baker Faces Pain Scale

Keterangan :

0 – 1 : sangat bahagia karena tidak merasa nyeri sama sekali

2 – 3 : sedikit nyeri



4 – 5 : cukup nyeri

5 – 7 : lumayan nyeri

7 – 8 : sangat nyeri

10 : amat sangat nyeri (tak tertahankan)

Lampiran 3. SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam

	RELAKSASI NAPAS DALAM		
	NO. DOKUMEN SOP.KDM.002	NO. REVISI 001	HALAMAN
PROTAP	TANGGAL DITETAPKAN 25 April 2019	DITETAPKAN OLEH Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang  Imam Subekti, S.Kn, A.Kep, Sp.Kom	
Pengertian	Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri		
Indikasi	Semua pasien yang mengalami nyeri kronis		
Tujuan	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri		
Persiapan tempat	1. Tempat tidur pasien 2. Bantal yang nyaman		
Persiapan pasien	Persiapan Pasien: 1. Memberitahu pasien/keluarga dan menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2. Mengatur posisi pasien sesuai dengan posisi yang dirasa nyaman oleh pasien sehingga pasien bisa rileks		
Persiapan Lingkungan	Persiapan Lingkungan: Mengatur lingkungan yang aman, nyaman, tenang, pencahayaan cukup tidak terlalu terang, suasana tidak ramai		
Tahap pra interaksi	1. Membaca status pasien 2. Mencuci tangan		
Tahap orientasi	1. Memberi salam terapeutik 2. Validasi kondisi pasien 3. Menjaga privasi pasien 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tujuan dan prosedur		

	yang akan dilakukan
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas 2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik 3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya (1-2 menit) 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat 6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir ke seluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya 8. Instruksiakan pasien untuk mengulani teknik teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
Sikap	Sikap Selama Pelaksanaan Fokus, dan empati
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien selama tindakan 2. Perubahan skala nyeri

Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none">1. Catat waktu pelaksanaan2. Catat respon pasien3. Paraf dan nama perawat yang melaksanakan
--------------------	---

