

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Tedi Setiawan
Tempat Praktik : Padukuhan ngeblak RT1
Tanggal Praktik : 20 Mei – 22 Juni 2024
Tanggal Pengkajian : 31 Mei 2024
Sumber Data : Pasien dan Keluarga Pasien

B. Data Umum Klien

No. RM : -
Nama Klien : Ny. Teresia jumiati
Umur : 72 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Padukuhan Ngeblak RT 1 Wijirejo Pandai Bantul
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Agama : Katolik
Tanggal masuk : -
Ruang : -
Diagnosa Medis : Resiko Perfusi Selebral Tidak Efektif

C. Riwayat Kesehatan

Alasan masuk RS : -
Keluhan utama saat ini : Pusing, seperti masuk angin, pegal-pegal
Riwayat kesehatan masa lalu : Hipertensi sejak bersuami (32 tahun)
Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan orang tua ada riwayat HT

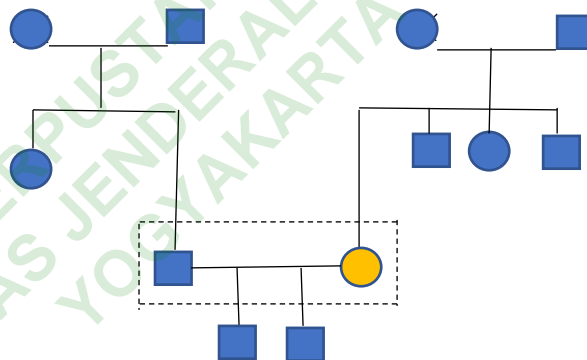
Penyakit keturunan :

- DM
- Asma
- Hipertensi
- Jantung
- Lain:-

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya : Pasien mengatakan tidak pernah ada riwayat kecelakaan atau pembedahan

Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh : Pasien tidak memiliki alergi obat.

Genogram :



Keterangan :

-  : 51iuretic51
-  : Laki-laki
-  : Pasien
- : satu rumah
- × : Meninggal

D. Pengkajian Fisik

1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : Ya/Tidak
- Sputum : Ya/Tidak
- Riwayat penyakit Bronktis : Ya/Tidak; Asthma: Ya/Tidak; TBC: Ya/Tidak; Emphysema: Ya/Tidak; Pneumonia: Ya/Tidak
- Merokok : Ya/Tidak; Sehari berapa pak:- Nilai Pack of Year:-
- Respirasi : 20x/menit; Dalam/Dangkal;Regular/Iregular; Simetris/tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan: Ya/Tidak
- Fremitus :-Ya/tidak
- Nasal flaring:-Ya/Tidak
- Sianosis : Ya/Tidak
- Pemeriksaan Thorax
 - a. Inspeksi : Dada simetris
 - b. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 - c. Perkusi : Sonor
 - d. Auskultasi : Vesikuler
 - e. Data Tambahan Lain-lain : Tidak ada data tambahan lain

2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit : Hipertensi: Ya/~~Tidak~~; Penyakit gangguan jantung: Ya/Tidak
- Edema kaki : Ya/~~Tidak~~
- Plebitis : Ya/~~Tidak~~
- Claudicatio : Ya/Tidak
- Dysreflexia : Ya/~~Tidak~~
- Palpitasi : Ya/~~Tidak~~; Sinkop: Ya/Tidak
- Rasa kebas/kesemutan: Ya/~~Tidak~~ di ekstremitas: pada kaki kanan
- Batuk darah : Ya/~~Tidak~~

- TD : 160/89mmHg, pengukuran di:kanan; Posisi pengukuran: ~~Tidur/Berdiri/Duduk~~
- Nadi : 82x/menit diukur di ~~carotis/temporal/jugular/radial/femoral/popliteal/post tibial/dorsalis pedis~~
- Kualitas nadi : ~~Lemah/Kuat/tidak teraba~~
- CRT : ≤ 2 detik
- Homans sign : Dalam batas normal
- Abnormalitas kuku: Tidak ada
- Perubahan kulit : Tidak ada
- Membran mukosa: Lembab
- Pemeriksaan Kardio
 - a. Inspeksi : CRT ≤ 2 detik, tidak ada sianosis dan tidak ada pembesaran
 - b. Palpasi : Akral hangat
 - c. Perkusi : Terdengar denyut jantung irama kuat dan teratur
 - d. Auskultasi : Suara jantung lup dup
 - e. Lain-lain : -

3. Sistem Gastrointestinal

- **Antropometri**
 - a. BB : 57 Kg TB : 158 cm IMT: 22,8 LLA : -
 - Gizi kurang
 - Gizi cukup
 - Gizi lebih
 - b. Berat badan: 57 Kg, ada perubahan BB: ~~Ya~~/Tidak; Naik/Turun, berapa kg:.....dalam.....bulan
- **Biokimia**

Hb	: -	Hmt	: -
Albumin	: -	Serum glukosa:	- mg/dl
- **Clinical sign**

- a. Turgor kulit : Baik, Kembali \leq 2 detik
 - b. Membran mukosa: Lembab
 - c. Edema : Ya/Tidak, di seluruh tubuh, periorbital atau bagian lain: -
 - d. Ascites : Ya/Tidak; Derajat:-
 - e. Pembesaran tiroid: Ya/Tidak
 - f. Kondisi gigi dan mulut: Bersih
 - g. Kondisi lidah: Bersih
 - h. Halitosis: Ya/Tidak
 - i. Hernia: Ya/Tidak
 - j. Massa abdomen: Ya/Tidak
 - k. Bising usus: 5x/menit
 - l. Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
 - Inpeksi: Simetris, supel, tidak ada lesi dan benjolan
 - Auskultasi: Tidak ada bising usus
 - Perkusi: Timpani
 - Palpasi: Tidak ada nyeri tekan
- **Diet**
 - a. Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: Pagi, siang, dan malam
 - b. Ada larangan/pantangan makanan: Ya/Tidak; Sebutkan:diet rendah garam
 - c. Penggunaan suplemen makanan: Ya/Tidak; Sebutkan:-
 - d. Kehilangan nafsu makan: Ya/Tidak; 54iureti:-
 - e. Mual/Muntah: Ya/Tidak; Frekuensi:-
 - f. Alergi makanan: Ya/Tidak; Sebutkan:
 - g. Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Ya/Tidak; jika ya, diredakan dengan:-
 - h. Masalah dalam menelan: Ya/Tidak; Sebutkan:-
 - i. Gigi Palsu: Ya/Tidak-
 - j. Penggunaan 54iuretic: Ya/tidak

k. Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu: Pagi, siang, dan malam

l. Kebutuhan cairan selama sakit:

m. **Balance Cairan Selama 24 Jam**

Tabel 3.1 *Balance* cairan

Intake	Output	Balance cairan
Parenteral: 500 cc Makan + minum :1000 cc	Urine : 500 cc IWL : 670 cc Feses : 100cc Muntah : - cc Drain : - cc Darah : - cc	Input – output : 230 cc
Total : 1500 cc	Total : 1270 cc	

n. Data Tambahan : -

4. Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan: Ya/Tidak
- Sakit kepala : Ya/Tidak, Lokasi: kepala bagian belakang
- Kesemutan/Kebas/lemah : Ya/Tidak, Lokasi: pada kaki kanan
- Riwayat stroke : Ya/Tidak, lokasi:
- Kejang : Ya/Tidak, tipe kejang
- Kehilangan daya penglihatan : Ya/Tidak, pemeriksaan visus:
- Glaukoma : Ya/Tidak; Katarak: Ya/Tidak; Alat bantu penglihatan: Ya/Tidak, sebutkan:-
- Kehilangan daya pendengaran: Ya/Tidak; Hasil pemeriksaan: -
- Alat bantu dengar: Ya/Tidak, sebutkan:
- Pengecap : Normal
- Pengidu : Normal
- Peraba : Normal

- Status mental : Tidak ada masalah (normal), jika ada perubahan, tulis jam berapa ada perubahan tersebut
- Orientasi : Waktu:Normal/~~Tidak~~; Waktu: Normal/~~Tidak~~; Tempat: Normal/~~Tidak~~; Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi: Normal/~~Tidak~~
- Tingkat kesadaran : Compos mentis
- GCS : E: 4 M: 6 V: 5 Total: 15
- Afek (gambarakan) : Normal
- Memori : saat ini mampu mengingat; masa lalu: mampu mengingat
- Pupil:isokor/~~anisokor~~; ukuran: mm, reaksi cahaya: R/L
- Facial droop: ~~Ya~~/Tidak, bagian –
- Postur tubuh: Normal
- Reflek tendon: Normal
- Paralisis: ~~Ya~~/Tidak, lokasi:-
- Nyeri: ~~Ya~~/Tidak, lokasi : -

5. Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit: IRT
- Kegiatan senggang: Bersih-bersih di rumah
- Kondisi keterbatasan:
- Tidur malam: Ya/~~tidak~~,6jam, Tidur siang: Ya/~~tidak~~
- Kesulitan untuk tidur: ~~Ya~~/tidak; Insomnia: ~~Ya~~/ tidak
- Sulit bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak
- Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak, alasan:
- Rentang gerak : Aktif
- Kekuatan otot :

5	5
5	5
- Deformitas : Tidak ada
- Postur : Normal

- Gaya Berjalan : Normal
- Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Tabel 3.2 Kemampuan ADL

	0	1	2
Buang air besar	√		
Buang air kecil	√		
Menggunakan toilet	√		
Berdandan	√		
Makan	√		
Berpakaian	√		
Berpindah tempat	√		
Mobilisasi	√		
Naik tangga	√		
Mandi	√		

Ket : Kemampuan Mandiri

6. Sistem Integumen

- Riwayat alergi: Tidak ada
- Riwayat imunisasi: Lengkap
- Perubahan sistem imun: Tidak ada
- Transfusi darah: Ya/tidak, kapan terakhir dilakukan:-
- Temperatur kulit: 36,6° C
- Diaphoresis: Tidak ada
- Integritas kulit: bagus/kurang; Scar: Ya/Tidak, lokasi-; Rash: Ya/Tidak, lokasi-; Laserasi: Ya/tidak, lokasi:-
- Ulcer: Ya/Tidak, lokasi:-
- Luka bakar: Ya/Tidak, lokasi:-, derajat:-%
- Pressure Ulcer: Ya/Tidak

- Edema: Tidak ada edema
- Lain – lain : Tidak Ada

7. Sistem Eliminasi

a. *Fecal*

- a) Frekuensi BAB : 1x/hari
- Konstipasi
 - Diare
- b) Karakteristik feses
- Konsistensi : Lembek
 - Warna : Coklat
 - Bau : Khas
- c) Penggunaan laxative : Ya/tidak, frekuensi :-
- d) Perdarahan per anus : Ya/Tidak
- e) Hemoroid : Ya/Tidak,

b. *Bladder*

- a. Inkontinensia: Ya/Tidak, kapan:-
- b. Urgensi: Ya/tidak
- c. Retensi urin: Ya/Tidak
- d. Frekuensi BAK: 4-6x/hari
- e. Karakteristik Urin: Berwarna kuning
- f. Volume urin : 400-500 cc
- g. Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : -
- h. Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: -

8. Sistem Reproduksi

- Keluhan sistem reproduksi:
- Akseptor KB : (Ya/Tidak) ; Jenis: (Jika Ya tulislah alat KB yang digunakan dan berapa lama)
- Kegiatan sexual teratur : Ya/Tidak
- Perempuan:

- a. Usia menarkhe:
- b. Durasi menstruasi:- hari
- c. Periode menstruasi:- hari
- d. Waktu menstruasi terakhir:
- e. Hamil: ~~Ya~~/Tidak
- f. Perdarahan diantara waktu mestruasi?~~Ya~~/Tidak, seberapa sering?
- g. Menopause: Ya/Tidak, sudah berapa lama:
- h. Vaginal discharge:.
- i. Pemeriksaan payudara sendiri: Ya/Tidak, hasil:
- j. Pemeriksaan lain:
- k. Terapi hormonal:~~Ya~~/Tidak, sebutkan
- Lain – lain : -

E. Pengkajian Psikososial

1. Nilai / Kepercayaan

Agama yang dianut: Katolik

Kegiatan keagamaan yang di jalani : pasien melaksanakan ibadah

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada

Gaya hidup : pasien mengatakan gaya hidup sederhana

Perubahan gaya hidup : tidak ada perubahan gaya hidup

2. Koping / stress

Pasien merasa stres: ~~Ya~~/Tidak

Faktor penyebab stres :

Cara mengatasi permasalahan :

Status emosional : Tenang / ~~Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.~~

Lain – lain : -

3. Hubungan

Tinggal dengan: Suami

Orang yang mendukung : Keluarga

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain : Tidak

Kegiatan di masyarakat : Posyandu Lansia

Lain – lain : -

4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi : Pasien mengatakan lama mengantri saat kontrol

Perilaku klien sesuai dengan situasi : Pasien menerima keadaan

Lain – lain : -

F. Defisit Pengetahuan / Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama : Bahasa Jawa

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : -

G. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan Pasien)

Pasien kontrol dan mengambil obat rutin setiap 2 minggu sekali

H. Data Penunjang

Tabel 3.3 Data penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dlm satuan
/06/24	HEMATOLOGI Glukosa darah sewaktu	115	80-140 mg/dl

I. Terapi yang Diberikan

Tabel 3.4 Terapi obat

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
31/05/2024	1. Amlodipine	Oral	10mg	1. Obat untuk mengontrol tekanan darah
	2. Vitamin C	Oral	500mg	2. Obat untuk meningkatkan kekebalan tubuh
	3. Paracetamol	Oral	500mg	3. Obat analgesic dan antiseptic untuk meredakan sakit kepala

J. ANALISIS DATA

Tabel 3.5 Analisa data

No.	Data fokus	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mengalami penyakit hipertensi sejak menikah dengan suaminya Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit keluarga yaitu hipertensi Pasien mengeluh badan pegal-pegal <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> TD = 160/89 mmHg Pasien kontrol dan mengambil obat rutin setiap 2 minggu sekali 	Nyeri Kronis	<p>Sensasi Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Sinyal nyeri berulang lebih dari 3 bulan</p> <p>↓</p> <p>Perubahan kimia pada jalur saraf</p> <p>↓</p> <p>Hipersensitivitas terhadap sinyal nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Kronis</p>

2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh kepala pusing dan nyeri di bagian belakang kepala. 2. Pasien mengeluh kebas dan kesemutan di kaki kanan. 3. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak bersuami. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD = 160/89 mmHg 	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>Sirkulasi darah yang kurang ke otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perfusi Serebral Tidak Efektif</p>
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh kedua kaki bengkak 2. Adanya pantangan diet rendah garam <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat edema pada ekstremitas bawah 2. Adanya sisa cairan dalam tubuh sebanyak 230 cc 3. Pengobatan amlodipine 	Kelebihan Volume Cairan B/D Efek Samping Obat Amlodipin	<p>Peningkatan Hidrostatik Kapiler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Vasodilatasi pembuluh darah akibat amlodipine</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perpindahan cairan ke kompartemen interstisial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Edema</p>

K. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Nyeri Kronis (SDKI, D.0078)
2. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017)
3. Hipervolemia (SDKI, D.0022)

L. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan


NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Kronis	Tingkat nyeri (SLKI, L.08066) Tujuan: Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan,	Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri

		<p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitass meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah membaik 	<p>3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rassa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian anti nyeri
2.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>Perfusi Serebral Meningkat (SLKI, L.02014)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Sakit kepala cukup menurun 3. Tekanan darah sistolik cukup membaik 4. Tekanan darah diastolic cukup membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan 2. Monitor status pernapasan 3. Berikan posisi semi fowler 4. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 5. Pertahankan suhu tubuh normal
3.	Hipervolemia	<p>Keseimbangan Cairan Meningkat (SLKI L.03020)</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Output urine meningkat 2. Asupan cairan meningkat 3. Edema perifer menurun 	<p>Pemantauan Cairan (SIKI, I.03121)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi nadi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi nafas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor kadar albumin dan protein total


			<p>6. Monitor intake dan output cairan</p> <p>7. Identifikasi tanda hypovolemia</p> <p>8. Identifikasi tanda hypervolemia</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Pemberian diuretic</p> <p>2. Penggantian obat amlodipine jika dicurigai sebagai penyebab edema</p>
--	--	--	---


M. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. T Hari ke-1				
No.	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Selasa, 18 Juni 2024 08.00 WIB	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238)</p> <p>1. Awasi kondisi pasien untuk mengetahui apakah mungkin ada penyebab hipertensinya.</p> <p>2. Awasi tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan intervensi (terapi genggam jari)</p>	<p>Selasa, 18 Juni 2024 (08.00 WIB)</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan dirinya sudah ada riwayat hipertensi sudah lama (sejak menikah)</p> <p>- Pasien mengatakan pusing</p>	 Tedi

		<p>3. Memonitor tanda dan gejala hipertensi pada pasien seperti nyeri kepala, peningkatan tekanan darah, pandangan kabur, dan gejala lainnya.</p> <p>4. Mengajarkan pengelolaan hipertensi dengan terapi genggam jari</p> <p>5. Memberikan obat analgesic (paracetamol) jika nyeri kepala dan amlodipine (untuk menurunkan tekanan darah)</p>	<p>dan badan terasa pegal-pegal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum tahu mengenai terapi genggam jari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -KU : compos mentis - TD sebelum dilakukan intervensi 155/90 dengan nadi 80x/menit - TD setelah dilakukan intervensi 140/84 dengan nadi 79x/menit <p>A:</p> <p>Nyeri kronis belum teratasi Resiko perfusi serebral belum efektif</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkannya intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> -mengawasi tekanan darah - Mengawasi tanda dan gejala hipertensi - Menganjurkan kepatuhan melakukan terapi genggam jari - Menganjurkan untuk rutin mengkonsumsi obat (ammlodipin) dan menjaga pola makan 	
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. T, Hari ke-2				

No.	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Rabu, 19 Juni 2024 07.15 WIB	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah pagi hari 2. Memonitor keluhan pusing dan badan pegal-pegal 3. Memonitor adanya tanda dan gejala hipertensi 4. Mendampingi pasien melakukan terapi genggam jari yang telah diajarkan perawat 5. Melakukan pemberian obat tekanan darah tinggi (amlodipine) 	<p>Rabu, 19 Juni 2024 (07.15 WIB)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan mulai menerapkan terapi genggam jari secara mandiri ketika kepalanya mulai pusing dan badannya pegal-pegal - Pasien mengatakan kepala masih pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -KU : compos mentis - TD sebelum intervensi 165/85 dengan nadi 78x/menit - TD setelah intervensi 147/77 dengan nadi 73x/menit - Setelah intervensi, pasien mengatakan pusing sudah berkurang <p>A:</p> <p>Nyeri kronis belum teratasi Resiko perfusi serebral belum efektif</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkannya intervensinya :</p>	 Tedi

			<ul style="list-style-type: none"> -Menawasi tekanan darah - Mengawasi tanda dan gejala hipertensi - evaluasikan terapi genggam jari - Meberikannya obat amlodipine dan analgesic jika perlu 	
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. T, Hari Ke-3				
No.	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Kamis, 20 Juni 2024 08.00 WIB	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tekanan darah setiap pagi 2. Memeriksa tanda dan gejala hipertensi 3. Mendampingi pasien dalam dilakukan terapi genggam jari 4. Melakukan pemberian obat amlodipine 	<p>Kamis, 20 Juni 2024 (08.00 WIB)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan pusing dan badan pegal-pegal sudah berkurang serta lebih membaik darikemarin - Pasien jika sudah diterapkan terapi genggam jari secara mandiri ketika pusing dan badannya pegal-pegal lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -KU : compos mentis - TD sebelum intervensi 162/92 dengan nadi 78x/menit - TD setelah intervensi 151/90 dengan nadi 82x/menit - Keluhan pasien jauh lebih 	 Tedi

			<p>berkurang setelah dilakukan intervensi</p> <p>A: Nyeri kronis teratasi Resiko perfusi serebal sudah efektif</p> <p>P : -Hentikan intervensi - Obat amlodipine tetap harus diminum secara rutin</p>	
--	--	--	---	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA