

### **BAB III**

## **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### a. Identitas pasien

Klien bernama Ny.S, berjenis kelamin perempuan, berumur 60 tahun. Klien beralamat di kelurahan tanjung aman lampung utara dengan status menikah, beragama islam, bekerja sebagai ibu rumah tangga dan berpendidikan Sekolah menengah pertama (SMP). masuk ke rumah sakit pada tanggal 16 maret 2020 pada pukul 10.30 WIB, klien di rawat di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM Ryacudu dengan nomor rekam medis 23.65.17 dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Maret 2020 pada pukul 11.30 WIB.

##### b. Sumber Informasi (Penanggung jawab)

Informasi pengkajian ini di dapatkan melalui wawancara terhadap anak kandungnya yang bernama Rispatoni yang berumur 42 tahun, berpendidikan terakhir SMA yang beralamat di gapura lampung utara yang bekerja sebagai wiraswasta.

##### 1. Data medik

Klien dikirim dari instalasi gawat darurat (IGD) RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan diagnosa medis *hipertensi* dan pada saat pengkajian diagnosa medis klien *hipertensi*..

##### 2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 16 Maret 2020 klien datang ke instalasi gawat darurat (IGD) RSD Mayjend HM Ryacudu kotabumi Lampung Utara, diantar

keluarganya dengan keluhan nyeri kepala, mual, muntah. Hasil pemeriksaan tekanan darah 230/130 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,5°C.

### 3. Keluhan utama saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri kepala seperti diikat kencang dan tengkuk seperti tertimpa beban berat. nyeri dirasakan sejak klien berada di rumah sebelum masuk ke rumah sakit, nyeri yang di rasakan dengan skala 7 (0-10), klien terkadang tampak memejamkan mata, keluarga tampak memijit tengkuk klien. nyeri bertambah saat klien mencoba untuk berdiri dan nyeri berkurang saat klien setengah duduk (*semiflower*). Klien mengatakan merasa letih setelah beraktivitas ringan terutama saat ke toilet, klien mengatakan membutuhkan bantuan orang lain.

### 4. Penampilan Umum

Klien terlihat lemas dan berbaring di tempat tidur, sesekali duduk saat lelah berbaring. klien terkadang tampak meringis dan memegangi kepalanya. Aktivitas klien dibantu keluarga karena klien merasa letih terutama setelah beraktivitas sehingga terbatas dalam pergerakan terutama berjalan, klien tampak gelisah, klien tampak cemas.

### 5. Pengkajian keamanan

Tingkat kesadaran *Compos Mentis* (CM) dengan *Glassgow Coma Scale* (GCS): E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>. Tidak ada cedera, *fraktur*, luka bakar, perdarahan, alergi.

Kekuatan otot normal

5555	5555
5555	5555

6. Pengkajian situasi khusus

Klien tidak pindah bangsal dan tidak akan dilakukan pembedahan.

7. Pengkajian fungsi tubuh

a. Pengkajian sistem gastrointestinal

Klien mengatakan tidak ada masalah pada saat menelan, tidak ada masalah di rongga mulut, gigi, tidak mengalami *anoreksia* dan muntah, bising usus 16 kali/menit, dan tidak ada masalah dalam buang air besar.

b. Pengkajian sistem perkemihan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam berkemih, tidak terpasang kateter.

c. Pengkajian sistem persyarafan

Saat dilakukan pengkajian, terdapat gangguan pada *nervus fasialis* (N7) klien kesulitan ketika mempraktekkan cara bersiul, tersenyum, berbicara sedikit cedal dan mengeluh bagian wajah sebelah kiri terkadang terasa seperti tertarik.

10. Pengkajian aktivitas, istirahat, dan mobilitas

Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga karena klien merasa letih setelah beraktivitas ringan terutama saat ke toilet, kesulitan saat mencoba berdiri dan berjalan.

#### 11. Pengkajian rasa nyaman, kulit dan integritas kulit

##### a. Pengkajian rasa nyaman

Klien mengatakan sakit kepala, tengkuk terasa berat dan mengatakan merasa letih.

##### b. Pengkajian kulit dan Integritas kulit

Tidak terdapat perubahan warna kulit, turgor kulit elastis, tidak ada *edema*, tidak ada gangguan sensori, tidak terdapat kerusakan pada jaringan.

#### 12. Pengkajian Nutrisi

Klien mengatakan tidak nafsu makan karena mual, makanan yang disajikan dari rumah sakit dihabiskan setengah porsi setiap kali makan, minum 6-8 gelas dalam sehari, tidak ada pantangan makanan tertentu. Diet rendah garam.

#### 13. Pengkajian tingkah laku

Klien mengatakan mampu makan dan berpakaian sendiri, untuk toilet dan mandi dibantu oleh keluarganya.

#### 14. Pengkajian penyakit

Klien mengalami *hipertensi*

#### 15. Pengkajian prosedur

Klien terpasang set infus MakroRinger Laktat 20 tetes permenit (tpm)

#### 16. Pengobatan

##### a. Pada tanggal 17 maret 2020 klien diberikan terapi :

Injeksi : *amlodipine* 1 x 10 mg, *ketorolac* 2 x 30 mg,

Oral : *citicolin* 3 x 500 mg

Terpasang infus *Ringer Laktat* 20 tetes permenit (tpm)

- b. Pada tanggal 18 maret 2020 klien di berikan terapi :

Injeksi : *amlodipine* 1 x 10 mg, *ketorolac* 2 x 30 mg,

Oral : *citicolin* 3 x 500 mg

Terpasang infus *Ringer Laktat* 20 tetes permenit (tpm)

- c. Pada tanggal 19 maret 2020 klien diberikan terapi :

Injeksi : *amlodipine* 1 x 10 mg, *ketorolac* 2 x 30 mg,

Oral : *citicolin* 3 x 500 mg

Terpasang infus *Ringer Laktat* 20 tetes permenit (tpm)

Tabel 3.1

Hasil Pengkajian Yang Dilakukan Tanggal 17 Maret 2020

Didapat Beberapa Data Fokus

No	Data Subjektif	No	Data Objektif
1	2	3	4
1	Klien mengatakan nyeri kepala seperti diikat	1	Keluarga tampak memijit tengkuk
2	kencang	2	klien
	Klien mengatakan tengkuk	3	Klien terkadang tampak
3	terasa tertimpa beban berat	4	memejamkan mata
4	Klien mengatakan lemas	5	Skala nyeri 7 (0-10)
	Klien mengatakan letih	6	TD : 210/130 mmHg
5	setelah beraktivitas	7	lien tampak dibantu oleh
	Klien mengatakan	8	keluarganya saat berdiri dan
	membutuhkan bantuan	9	berjalan
	oranglain saat mencoba	10	Klien tampak lemas
6	berdiri dan berjalan	11	Klien tampak cadel saat berbicara
7	Klien berbicara cadel	12	Klien tampak kesulitan
	Klien mengatakan		mempraktikkan cara bersiul dan
8	terkadang wajah bagian kiri		tersenyum
9	terasa tertarik		Klien tampak cemas
10	Klien mengatakan merasa		Klien tampak gelisah
	cemas		Klien tampak berkeringat
	Klien mengatakan tidak		Klien diberikan terapi <i>Amlodipine</i>
	nyaman dengan kondisinya		1 x 10 mg, <i>ketorolac</i> 2 x 30 mg,
	Klien mengatakan		<i>citicolin</i> 3x500mg
	sulit beristirahat		

## B. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa data hasil pengkajian Ny.S diruang penyakit dalam kasus *hipertensi* dengan nyeri akut RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 17 Maret 2020

No	Data Fokus	Masalah
1	2	3
1	DS : 1. Klien mengatakan sakit kepala seperti di ikat 2. Klien mengatakan tengkuk terasa berat seperti tertimpa beban DO : 1. Skala nyeri 7 (0-10) 2. TD : 230/130 mmHg 3. Klien tampak memejamkan mata 4. keluarga tampak memijit tengkuk klien 5. klien diberikan terapi <i>Amlodipin 1x10 mg</i> untuk peningkatan tekanan <i>vaskuler serebral</i> 6. Klien diberikan terapi <i>ketorolac 2x30mg</i> untuk nyeri	Nyeri Akut
2	d.d Hipertensi DS : - DO : -	Risiko <i>perfusi serebral</i> tidak efektif

1	2	3
3	1. Klien mengatakan cemas 2. klien mengatakan tidak merasa nyaman dengan kondisinya 3. Klien mengatakan sulit beristirahat. DO : 1. Klien tampak gelisah cemas 2. Klien tampak gelisah dan berkeringat 3. Klien diberikan terapi <i>citicolin</i> 3x500mg	Ansietas
4	DS : 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan letih setelah beraktivitas 3. Klien mengatakan membutuhkan Orang lain saat mencoba berdiri dan berjalan DO : 1. Klien tampak dibantu oleh keluarganya saat berdiri dan berjalan 2. Klien tampak lemas	Intoleransi Aktivitas

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi (peningkatan Tekanan *vaskuler serebral*), ditandai dengan :



DS :

- a. klien mengatakan nyeri kepala seperti diikat kencang
- b. klien mengatakan tengkuk terasa berat seperti tertimpa beban berat.

DO :

- a. keluarga tampak memijit tengkuk klien
- b. klien terkadang tampak memejamkan mata
- c. skala nyeri 7 (0-10),
- d. TD : 210/130 mmHg
- c. Klien diberikan terapi *Amlodipin* 1x10 mg untuk peningkatan *vaskuler serebral* dan *Ketorolac* 2x30mg untuk nyeri

2. Risiko *perfusi serebral* tidak efektif d.d hipertensi

DS : -

DO : -

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, di tandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan cemas
- b. Klien mengatakan tidak merasa nyaman dengan kondisinya.
- c. Klien mengatakan sulit beristirahat.

DO :

- a. Klien tampak gelisah cemas
- b. klien tampak gelisah dan berkeringat

#### D. Rencana Keperawatan

Nama : Ny.S  
 No.RM : 23.65.17  
 Diagnosa Medis : *Hipertensi*

Tabel 3.3

Rencana keperawatan pada Ny. S di ruang penyakit dalam  
 RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
 tanggal 17 Maret 2020

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1	2	3	4
1	<b>Nyeri Akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler Serebral</b>	<p><b>Kontrol Nyeri (kode 1605, Hal 247)</b>            Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kapan terjadi (5)</li> <li>2. Menggambarkan faktor penyebab(5)</li> <li>3. Menggunakan teknik pengurangan (nyeri) tanpa analgesik (5)</li> <li>4. Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri (5)</li> </ol> <p><b>Tingkat Nyeri (Kode 2102, Hal 577)</b>            Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri yang dilaporkan (5)</li> <li>2. Menggerang dan</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (kode 1400, Hal 198)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi Lokasi, frekuensi</li> <li>2. Monitor Tanda-tanda vital</li> <li>3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> <li>4. Identifikasi bersama pasien</li> </ol>

1	2	3	4
		3. menangis (5) 4. Ekspresi wajah terhadap nyeri (5) 5. Tidak bisa istirahat (5) 6. Berkeringat berlebihan (5)	5. faktor-faktor yang atau memperberat nyeri 6. Monitor tanda vital 7. Gunakan strategi komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri 8. Identifikasi bersama pasien faktor-faktor yang atau memperberat nyeri 9. Kurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri 10. Ajarkan teknik <i>nonfarmakologi</i> (seperti teknik relaksasi dan kompres hangat daerah

1	2	3	4
			<p>yangterasa nyeri)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Dorong klien untuk memonitor nyeri danmenangani nyeri</li> <li>12. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti kebisingan, pencahayaan</li> <li>13. Kolaborasi pemberian terapi sesuai indikasi</li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik (Kode 2210, Hal 247)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi nyeri, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan Beri obat dengan prinsip6 benar</li> <li>2. Cek riwayat alergi obat</li> <li>3. untuk memfasilitasi penurunan nyeri</li> </ol>

1	2	3	4
2	Risiko <i>perfusi serebral</i> tidak efektif ditandai dengan hipertensi	<p><b>Perfusi jaringan : Serebral (Kode 406, Hal 451)</b></p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah <i>sistolik</i> (5)</li> <li>2. Tekanan darah <i>diastolik</i> (5)</li> <li>3. Sakit kepala (5)</li> <li>4. <i>Kognisi</i> terganggu (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Edema Serebral (Kode 2540, Hal 165)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya kebingungan, perubahan pola pikir, keluhan pusing, pingsan</li> <li>2. Monitor ttv</li> <li>3. Kurangi stimulasi dalam lingkungan pasien</li> <li>4. Catat perubahan pasien dalam berespon terhadap stimulus Pertahankan suhu normal</li> <li>5. Kolaborasi pemberian terapi <i>farmakologi</i></li> </ol> <p><b>Monitor tekanan Intra Kranial (Kode 2590, Hal 238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu</li> <li>2. Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan <i>perfusi serebral</i></li> <li>3. monitor efek rangsangan lingkungan</li> </ol>

1	2	3	4
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p><b>Tingkat Kecemasan (Kode 1120, Hal 572)</b>            Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak dapat beristirahat (5)</li> <li>2. Perasaan gelisah (5)</li> <li>3. Kesulitan berkonsentrasi (5)</li> <li>4. Rasa cemas yang di sampaikan secara lisan (5)</li> </ol> <p><b>Tingkat kecemasan sosial (kode 1216, hal 573)</b>            Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghindari situasi social (5)</li> <li>2. Menghindari dengan orang yang tidak dikenal (5)</li> <li>3. Takut diawasi orang lain (5)</li> <li>4. Takut berinteraksi dengan orang lain (5)</li> </ol>	<p><b>Pengurangan Kecemasan (Kode 5820, Hal 319)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>2. Dengarkan klien kuatkan perilaku yang baik secara tepat</li> <li>4. Ciptakan rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan</li> <li>5. Dorong <i>verbalisasi</i> perasaan, persepsi, ketakutan</li> <li>6. Bantu mengidentifikasi pemicu kecemasan</li> </ol> <p><b>Terapi Relaksasi (Kode 6040, Hal 446)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien untuk rileks</li> <li>2. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>3. Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien</li> <li>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi tambahan</li> <li>5. Jelaskan manfaat relaksasi</li> </ol>


			6. Dapatkan perilaku yang menunjukkan relaksasi, misalnya napas dalam, menguasai Evaluasi laporan individu terkait relaksasi
--	--	--	---

## E. Catatan Perkembangan



Tabel 3.5

Catatan perkembangan Ny. S di ruang penyakit dalam  
RSD Mayjen HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 17 Maret 2020

### Catatan Perkembangan Hari Pertama


No dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>17 Maret 2020/ 08.00-14.00 WIB</p> <p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi (kepala), durasi, frekuensi (sering)</li> <li>Membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meringankan atau menurunkan nyeri</li> </ol> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji skala nyeri</li> <li>Memantau tanda-tanda vital</li> <li>Membantu mengendalikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri seperti kebisingan, pencahayaan</li> <li>Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan obat dengan prinsip 6 benar</li> <li>Memberikan terapi <i>analgesik Ketorolac 2 x 30 mg (IV)</i></li> </ol>	<p>09.45-14.00 WIB</p> <p>S : 09.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri kepala seperti diikat kencang dan berat pada tengkuk</li> <li>Klien mengatakan nyeri timbul saat mencoba bangun dan berkurang saat posisi setengah duduk (<i>Semifowler</i>)</li> </ol> <p>O : 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak lemas</li> <li>Klien tampak meringis ketika nyeri timbul</li> <li>Klien mampu mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>TD :230/130 mmHg</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Manajemen nyeri</b></li> <li><b>Pemberian analgesik</b></li> </ol>  <p>(Ayu Samfika)</p>
2	<p>Pukul : 09 : 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor adanya</li> </ol>	<p>S : Pukul 09:45WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan merasa</li> </ol>





	<p>kebingungan,perubahan pola pikir,keluhan pusing,pingsan</p> <p>2. Mengurangi stimulasi dalam lingkungan pasien</p> <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat perubahan pasien dalam berespon terhadap stimulus .</li> <li>2. Berkolaborasi pemberian terapi farmakologi:Chiticoline 3x500mg</li> <li>3. Pukul 12.00</li> <li>4. Memonitor suhu tubuh</li> <li>5. Menyesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral : elevasi kepala 30<sup>0</sup>C</li> </ol>	<p>sangat lemas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan kepalanyapusing</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur</li> </ol> <p>Pukul 10.30 WIB</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu merespon terhadap stimulus</li> <li>2. klien mengomsumsi chiticoline 3x500mg</li> <li>3. Suhu:36,3<sup>0</sup>C</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Manajemen Edema Serebral</b></li> <li><b>2. Monitor Tekanan Intrakranial</b></li> </ol>  <p>(Ayu Samfikaa)</p>
3	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>2. Mendengarkan klien (tentang yang dirasakan)</li> <li>3. Menciptakan rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan</li> <li>4. Membantu klien verbalisasi perasaan, persepsi, ketakutan</li> <li>5. Membantu mengidentifikasi pemicu kecemasan</li> </ol> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk rileks</li> <li>2. Menciptakan</li> </ol>	<p>S :</p> <p>10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan merasa cemas</li> <li>2. Klien mengatakan tidak nyaman dengan kondisinya</li> </ol> <p>O :</p> <p>10.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak cemas</li> <li>2. Klien tampak gelisah dan berkeringat</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pengurangan Kecemasan</b></li> <li><b>2. Terapi relaksi</b></li> </ol>  <p>(Ayu Samfika)</p>

	lingkungan yang tenang 3. Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien	
--	---	--


## Catatan Perkembangan Hari kedua



No dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>17.Maret 2020/08:40-14:00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi</li> <li>2. Membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meringankan atau menurunkan nyeri</li> </ol> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengkaji skala nyeri</li> <li>4. Memantau tanda-tanda vital</li> <li>5. Membantu mengendalikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri seperti kebisingan, pencahayaan</li> <li>6. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Memberikan obat dengan prinsip 6 benar</li> <li>8. Memberikan terapi <i>analgesik</i> <i>Ketorolac</i> 2 x 30 mg (IV)</li> <li>9. Memberikan terapi untuk mengatasi peningkatan <i>vaskuler serebral</i> <i>Amlodipin</i> 1 x 10 mg (IV)</li> </ol>	<p>S : 09:45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sakit kepala dan berat pada tengkuk sudah berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri timbul saat mencoba bangun dengan cepat</li> <li>3. Klien mengatakan melakukan napas dalam saat nyeri timbul</li> </ol> <p>O : 10:15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis saat nyeri timbul</li> <li>2. Klien tampak lemas</li> <li>3. Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>4. Tekanan darah 150/100 mmHg</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Manajemen nyeri</b></li> <li>2. <b>Pemberian analgesik</b></li> </ol> <div style="text-align: center;">  <p>(Ayu Samfika)</p> </div>

2	<p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor Adanya Kebingungan,Perubahan Pola Pikir,Keluhan Pusing</li> <li>2. Memantau Tanda Tanda Vital</li> <li>3. Mengurangi Stimulasi Dalam Lingkungan Pasien</li> <li>4. Berkolaborasi Pemberian Terapi Farmakologi :Chiticoline 3x500mg</li> </ol> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyesuaikan Kepala Tempat Tidur Untuk Mengoptimalkan Perfusi Serebral :elevasi kepala 30<sup>0</sup></li> <li>2. Mencatat Perubahan Klien Dalam Berespon Terhadap Stimulus.</li> </ol>	<p>S : Pukul 09.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih lemas</li> <li>2. Klien mengatakan masih merasa pusing</li> </ol> <p>O : Pukul 09.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak masih lemas</li> <li>2. TD:150/100 mmHg</li> <li>3. Nadi:85x/menit</li> <li>4. RR:20x/menit</li> <li>5. Suhu:36,5<sup>0</sup>C</li> </ol> <p>Pukul 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Klien tampak Rileks</li> <li>7. Pengunjung sudah dibatasi</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Manajemen Edema Serebral</b></li> <li><b>2. Monitor Tekanan Intra Kranial</b></li> </ol>  <p>(Ayu Samfika)</p>
3	<p>Pukul 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengarkan klien</li> <li>2. Menciptakan rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan</li> </ol>	<p>S : 08:40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan masih merasa</li> </ol>

	<p>3. Membantu klien <i>verbalisasi</i> perasaan, persepsi, ketakutan</p> <p>4. Membantu mengidentifikasi pemicu kecemasan</p> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk rileks</li> <li>2. Menciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>3. Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien</li> </ol>	<p>sedikit cemas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan susah tidur karena lingkungannya dan nyeri yang dirasakannya</li> </ol> <p>O : 11:30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien tampak lemah</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pengurangan kecemasan</b></li> <li><b>2. Terapi relaksasi</b></li> </ol>  <p>(Ayu Samfika)</p>
--	--	---

## Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>17 Maret 2020 / 08.00-14.00 WIB</p> <p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi (kepala), durasi, frekuensi (sering)</li> <li>2. Membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meringankan atau menurunkan nyeri</li> </ol> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji skala nyeri</li> <li>2. Memantau tanda-tanda vital</li> <li>3. Membantu mengendalikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri seperti kebisingan, pencahayaan</li> <li>4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan obat dengan prinsip 6 benar</li> <li>2. Memberikan terapi <i>analgesik Ketorolac</i> 2 x 30 mg (IV)</li> <li>3. Memberikan terapi <i>Amlodipin</i> 1x10 mg (IV) untuk</li> </ol>	<p>S : 09.45-14.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada kepala</li> <li>2. Tenguk sudah tidak terasa seperti tertimpa beban berat</li> </ol> <p>O : 10:11 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak rileks</li> <li>2. Tekanan darah 140/90 mmHg</li> <li>3. Skala nyeri 2 (0-10)</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Stop intervensi</p>  <p>( Ayu Samfika )</p>
2	<p>Pukul 08.50</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor adanya kebingungan, perubahan pola pikir, keluhan pusing, dan pingsan</li> <li>2. Memantau tanda tanda vital</li> <li>3. Berkolaborasi pemberian terapi farmakologi: <i>Chitikoline</i> 3x500mg</li> </ol>	<p>S : Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tidak merasa lemas</li> <li>2. Klien mengatakan sudah tidak merasakan pusing</li> </ol> <p>O :</p>

	<p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral: elevasi kepala 30<sup>o</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengkomsumsi obat chiticoline 3x500mg</li> <li>2. TD:140/90mmHg</li> <li>3. Nadi:80x/menit</li> <li>4. RR:20x/menit</li> <li>5. Suhu:36<sup>o</sup>C</li> </ol> <p>Pukul 10.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kepalanya sudah tidak terasa nyeri</li> </ol> <p>O : Pukul 08.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lebih bugar</li> <li>2. Posisi kepala klien 30 derajat</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Stop intervensi</p>  <p>(Ayu Samfika)</p>
3	<p>Pukul 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>2. Mendengarkan klien</li> <li>3. Menciptakan rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan</li> <li>4. Membantu klien <i>verbalisasi</i> perasaan, persepsi, ketakutan</li> </ol> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu klien untuk rileks</li> <li>2. Menciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>3. Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien</li> </ol>	<p>S : Pukul 08.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tidak merasa cemas</li> </ol> <p>O : Pukul 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak tenang dan rileks</li> <li>2. Tekanan darah 140/90 mmHg</li> <li>3. Nadi 80x/menit</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Stop intervensi</p>  <p>(Ayu Samfika)</p>