

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan pada hari Sabtu, 2 Maret 2024, jam 07.00 WIB di ruang Flamboyan Atas, di RSUD Dr. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi secara anamnesa dan allanamnesa.

1. Identitas Pasien

Nama	: Ny. H
Umur	: 36 Tahun
Alamat	: Kembangan Katong 1/6 Toroh
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Petani
Tanggal Masuk	: 29 Februari 2024
No.Register	: RG016763xx
DX.Masuk	: Hipertensi

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 40 Tahun
Alamat	: Kembangan Katong 1/6 Toroh
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Hub.Dengan Pasien	: Suami

B. RIWAYAT KESEHATAN

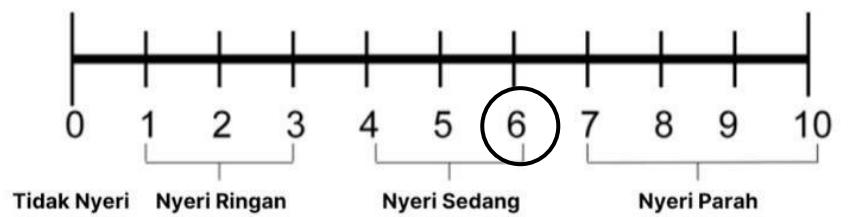
1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri kepala serta tengkuk

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan dirumah mengeluh kepala pusing, nyeri kepala serta tengkuk, nyeri kepala serta tengkuk sejak 3 hari yang lalu dan sudah diperiksakan ke puskesmas terdekat, pasien juga merasakan lemas pada ekstremitas kanan, sulit tidur, gelisah. Pasien langsung di bawa ke RSUD Dr. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi. Pada hari kamis 29 Februari 2024, Pasien diterima di IGD jam 09.55 WIB. Di IDG pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan kesadaran composmentis, tekanan darah: 150/95 mmHg, nadi: 98x/menit, RR: 20x/menit, suhu 37°C. Pasien mendapatkan terapi RL test 20 tpm serta terapi obat Piracetam 3 gr, Ranitidin 50 mg dan citicoline 250 gr.

Pada saat dikaji hari Sabtu, 2 Maret 2024, jam 07:00 WIB pasien tampak lemah, dan pasien juga mengatakan lemas, kepala pusing serta nyeri kepala dan tengkuk, gelisah, sulit tidur, nyeri tengkuk dengan ekspresi wajah menahan nyeri dan saat dilakukan pengkajian nyeri dengan hasil P (Provoking): peningkatan tekanan intrakranial, Q (Quality): seperti ditekan-tekan benda berat, R (Regio): kepala, S (Skala) 6, T (Time): hilang timbul.



Gambar3. 1 Skala Nyeri

Pasien juga dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan tekanan darah: 170/100 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 20x/menit Suhu:36,5 °C.

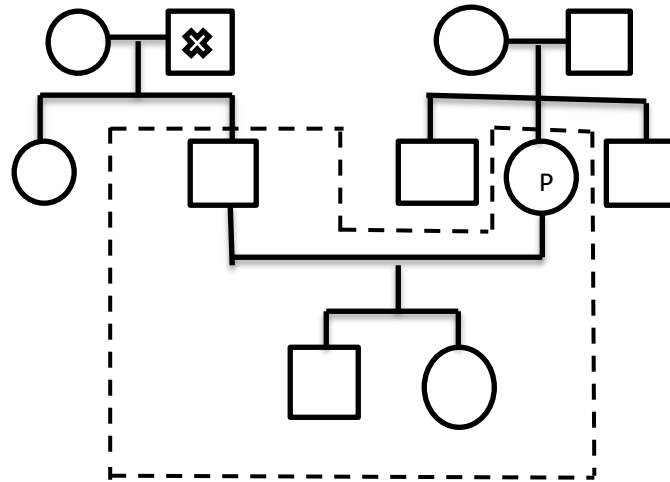
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah mengalami keluhan seperti yang dirasakan saat ini selama 2 tahun. tetapi hanya di periksakan ke puskesmas terdekat jika kambuh saja. Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit. Pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS dan Hepatitis.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

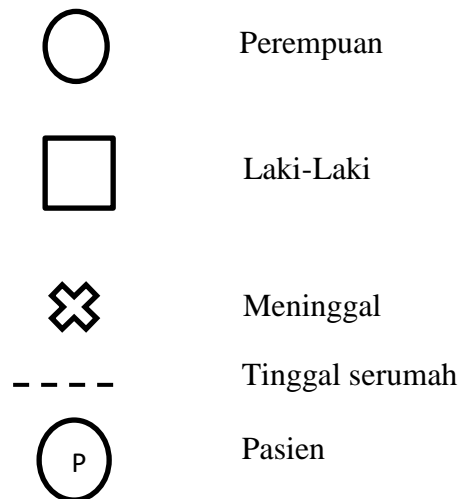
Keluarga pasien mengatakan jika dari ibu tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang diderita oleh pasien. Tetapi ayah pasien memiliki riwayat hipertensi serta kadar gula darah yang tinggi. Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Asma dan keluarga Pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC maupun Hepatitis.

5. Genogram



Gambar 3. 2 Genogram

Keterangan:



Penjelasan: Keluarga Ny.H terdiri dari Tn.S selaku kepala rumah tangga, Ny.H selaku istri Tn.S, An.B selaku anak pertama laki-laki, An.C selaku anak kedua perempuan, keluarga Ny.H tinggal serumah dengan suami dan kedua anaknya. ayah pasien yaitu Tn.D. Di keluarga Ny.H yang memiliki riwayat hipertensi serta kadar gula darah yang tinggi adalah ayahnya pasien/Ny.H.

C. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon yaitu:

1. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan kesehatan sangat penting jika dirinya sakit atau keluarga yang sakit segera memeriksa atau dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat. Juga mengatakan akan selalu menjaga kesehatannya dengan cara mengurangi makan garam.

Selama sakit : Pasien mengatakan kalau kesembuhannya ini sangat penting. Pasien mengatakan akan mengikuti semua aturan yang dianjurkan dari dokter maupun perawat agar cepat sembuh dan akan minum obat anti hipertensi.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum sakit : Pengkajian Nutrisi

Antropometri: Tinggi Badan: 155 cm, Berat Badan:

52 kg, IMT: 21,6

Biochemical: tidak terkaji

Clinical: tidak terkaji

Diet: Pasien mengatakan makan 3x sehari, pagi, siang dan sore, habis satu porsi dengan komposisi nasi, lauk, sayur, pasien suka makanan yang manis dan asin, minum 1500 cc perhari.

Selama sakit : Pasien mengatakan makan 3x sehari, habis setengah porsi nasi tim rendah garam, lauk, sayur-sayuran yang sudah disediakan dari rumah sakit, pasien minum air putih 4-6 gelas/hari pasien mendapatkan infus RL 20 tetes/menit.

Antropometri : Tinggi Badan: 155 cm, Berat Badan : 52 kg, IMT: 21,6.

Biochemical : Hemoglobin : 9,5 g/dl
Leukosit: 15840/uL
Trombosit: 344000/uL
Hematokrit: 30%

Clinical : Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pandangan normal tidak mengalami gangguan. Rambut : beruban, bersih, lurus, tipis. Kulit: CRT=2 detik. kondisi mulut lidah lembab, simetris, bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, dan tidak ada pelebaran tonsil.

Diet : Nasi tim rendah garam, lauk, sayur-sayuran.

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat dirumah buang air besar 1x perhari dengan konsistensi lembek, warna feses kekuningan, bau khas feses dan tidak ada keluhan saat buang air besar. Pasien buang air kecil 6-7 x perhari warna jernih, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat buang air kecil.

Selama sakit : Pasien mengatakan selama dirumah sakit buang air besar 1 x sehari dengan konsistensi lembek, warna feses kekuningan, bau khas feses. Pasien buang air kecil 4-5 x perhari dengan konsistensi warna kuning, bau khas amoniak dan tidak terpasang DC/ kateter.

4. Pola Latihan dan Aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mandi 2x sehari. keramas 3x dalam seminggu, kebersihan diri pasien selalu terjaga dan dilakukan secara mandiri.

Tabel 3. 1 Pola Latihan Dan Aktivitas Sebelum Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Minum	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Berpindah	√				
Eiminasi	√				
Mobilisasi	√				

Keterangan:

0 = mandiri

1 = dibantu

2 = dibantu orang lain/ keluarga

3 = dibantu orang dan peralatan

4 = ketergantungan/ tidak mampu

Selama sakit : Pasien mengatakan selama dirumah sakit hanya disibin aktivitas dibantu karena keadaan yang lemah, pasien tidak dapat bekerja, pasien hanya bisa tiduran dan duduk diatas tempat tidur, jika pasien mau mandi, makan, minum berpakaian, dan eliminasi dibantu oleh keluarga.

Tabel 3. 2 Pola Latihan Dan Aktivitas Selama Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Minum	√				
Mandi	√				
Berpakaian			√		
Berpindah			√		
Eiminasi	√				
Mobilisasi			√		

Keterangan:

0 = mandiri

1 = dibantu

2 = dibantu orang lain/ keluarga

3 = dibantu orang dan peralatan

4 = ketergantungan/ tidak mampu

5. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat beristirahat dengan nyaman, tidak ada gangguan tidur, pasien tidur 7-8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari tidak ada gangguan pada saat tidur.

Selama sakit : Pasien mengatakan sulit tidur dan tidurnya terganggu karena nyeri kepala serta tengkuk dan gelisah. Pasien tidur siang 1 jam, tidur malam 5 jam dengan waktu tidur tersebut pasien sering terbangun karena nyeri tengkuk. Mata pasien tampak sayu, pasien tampak lemas dan pasien sering menguap pada siang hari.

6. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, saat diajak berkomunikasi pasien dapat berkomunikasi dengan baik, tidak ada gangguan pada penciuman, perabaan dan pasien juga ingat kejadian saat pasien dibawa ke rumah sakit, pasien sudah tau tentang penyakitnya, cara mengontrol penyakitnya supaya tidak kambuh lagi.

Selama sakit : Pasien mengatakan Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, intensitas komunikasi lemah, artikulasi jelas dan sehari-hari menggunakan Bahasa Jawa dan Indonesia, tidak ada gangguan pada penciuman,

perabaan, pasien juga ingat kejadian saat pasien dibawa ke rumah sakit, pasien sudah tau tentang penyakitnya, cara mengontrol penyakitnya supaya tidak kambuh lagi.

7. Pola Konsep dan Persepsi Diri

Persepsi diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya sudah tidak berharga lagi bagi keluarga, karena pasien sudah tidak bisa bekerja, hanya bisa makan dan tidur saja, pasien merasa dirinya hanya merepotkan keluarga.

Gambaran diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin dirinya cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa ada gangguan.

Peran diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dari anaknya.

Identitas diri : Pasien seorang perempuan, berumur 36th tahun mempunyai 2 orang anak perempuan dan laki-laki, dan pasien masih tinggal bersama suami.

Harga diri : Pasien merasa sakit ini merepotkan keluarga, karena keluarga pasien harus merawat pasien yang sedang dirawat di rumah sakit.

8. Pola Peran Dan Hubungan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan berperan sebagai ibu dari 2 orang anaknya, pasien menjalani hubungan dengan keluarga, saudara, maupun orang-orang yang ada disekitarnya.

selama sakit : Pasien mengatakan berperan sebagai ibu dari 2 orang anaknya, pasien menjalani hubungan dengan keluarga, saudara dokter, perawat maupun pasien lainnya yang satu ruang dengan dirinya. Pasien kooperatif dengan perawat, Pasien sering bertanya tentang perkembangan penyakit yang di deritanya.

9. Pola Reproduksi dan Seksual

Sebelum sakit : Pasien seorang perempuan, sudah menikah dan mempunyai 2 seorang anak, Pasien mengatakan masih melakukan hubungan seksual, pasien saat berhubungan seksual tidak ada keluhan.

Selama sakit : Pasien selama dirumah sakit pasien tidak pernah melakukan hubungan seksual, karena kondisi pasien saat ini.

10. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat pasien mempunyai masalah terutama masalah kesehatan dan akan mencari solusi yang terbaik dengan merundingkan dengan keluarga dan brobat ke pelayanan kesehatan terdekat.

Selama sakit : Pasien mengatakan saat pasien mengalami masalah terutama masalah kesehatan atau keluhan terhadap penyakit pasien langsung menanyakan pada perawat dan dokter yang merawatnya.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan beragama islam, pasien ibadah sholat tepat waktu dan pasien sering mengikuti acara pengajian yang dilakukan di desanya.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak bisa melakukan ibadah sholat karena kondisinya saat ini, pasien hanya berdoa untuk kesembuhannya.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Kesadaran : composmentis E: 4 M: 5 V:6 GCS=15

Penampilan : lemah

2. Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah : 170/100 mmHg

b. RR : 20x/menit

c. Nadi : 98x/menit

d. Suhu : 36,5 °C

3. Tinggi Badan : 155 cm, Berat Badan : 52 kg, IMT: 21,6

4. Kepala

a. Bentuk kepala: simetris, mesocephal, tidak ada lesi pada kepala

- b. Finger Pain: sedang
- c. Rambut : tipis, tekstur halus, sedikit ikal, Panjang, warna hitam, tidak ada lesi di kulit kepala, rambut bersih.
- d. Mulut: kondisi mulut lidah lembab, simetris, bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, dan tidak ada pelebaran tonsil.
- e. Mata : kondisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan normal tidak ada gangguan, mata terlihat sayu dan berair.
- f. Hidung: kondisi hidung simetris, tidak ada Gerakan cuping hidung, tidak ada penumpukan secret, fungsi penciuman baik, tidak ada polip dan/tidak ada sinusitis.
- g. Telinga: simetris, tidak ada penumpukan serumen serta tidak ada gangguan pendengaran/ pendengaran normal.
- h. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan tidak ada peningkatan vena jugularis.

5. Dada

a. Paru-paru

Inspeksi : bentuk simetris, tidak terlihat retraksi inter costa pada saat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi : tidak adanya nyeri di ruas iga, vocal fremitus teraba lebih keras sebelah kanan dan pengembangan paru kanan dan kiri sama.

Perkusi : sonor

Auskultasi : paru-paru terdengar vesikuler

b. Jantung

Inspeksi : simetris tidak ada lesi

Palpasi : ictus cordis teraba di ICS ke V midclavikula sinistra
dengan diameter ictus cordis dari sternum 7,5 cm

Perkusi : basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media
linea, para sterna sinistra, tidak melebar, pinggang
jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri,
tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari
linea midclavikula sinistra, tidak melebar

Auskultasi : bunyi jantung 1 & 2 normal dan reguler, tidak ada
bunyi jantung tambahan

c. Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen bulat dan datar, tidak ada benjolan
pada perut, tidak ada luka operasi

Auskultasi : bunyi peristaltik usus 16x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan di kuadran I, II, III, IV

Perkusi : bunyi timpani di kuadran I, II, III, IV

6. Genito Urinari

Terlihat bersih dan tidak terpasang DC, 1000 air perhari selama sakit
(urine)

7. Anus

Tidak ada benjolan pada anus

8. Ektremitas

Superior : tidak ada kelainan bawaan, kedua tangan dapat digerakan, tangan sebelah kiri terpasang infus RL 20tpm, tidak terdapat odema, tidak ada varises, akral hangat

Inferior : tidak ada kelainan bawaan, kedua kaki dapat digerakan, tidak ada cacat, tidak terdapat lesi, tidak ada odema dan tidak ada varises.

Kekuatan otot:

4	4
4	4

kategori : pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan.

Tabel 3. 3 Pengukuran Skala Kekuatan Otot

Skala	Kekuatan (%)	Deskripsi
0	0	Kontraksi otot tidak terdeteksi
1	10	Kejapanyang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi
2	25	Pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengalami gravitasi
3	50	Pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan
4	75	Pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan
5	100	Pergerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot serta kekuatan otot normal

9. kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, CRT=2 detik,
akral hangat, kulit bersih, kuku pendek

10. Pengkajian Nyeri

Pasien mengatakan nyeri kepala

Pada hari Sabtu, 2 Maret 2024

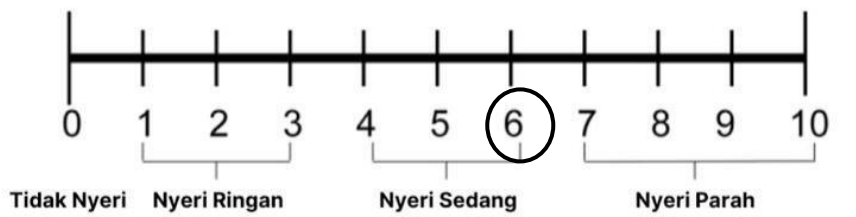
P (Provoking) : Peningkatan Tekanan Intrakranial

Q (Quality) : Seperti Di Tekan-Tekan Benda Berat

R (Regio) : Kepala

S (Skala) : Skala 6

T (Time) : Hilang Timbul



Gambar3. 3 Skala Nyeri

Pada hari Minggu, 3 Maret 2024

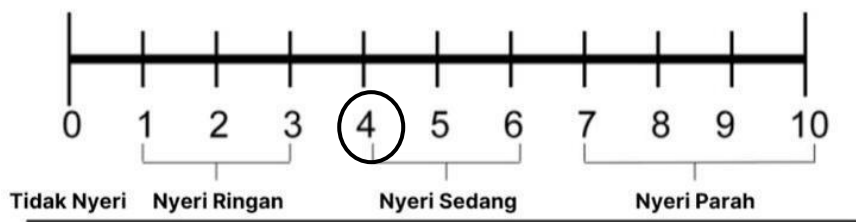
P (Provoking) : Peningkatan Tekanan Intrakranial

Q (Quality) : Seperti Di Tekan-Tekan Benda Berat

R (Regio) : Kepala

S (Skala) : Skala 4

T (Time) : Hilang Timbul



Gambar 3. 4 Skala Nyeri

Pada hari Senin, 4 Maret 2024

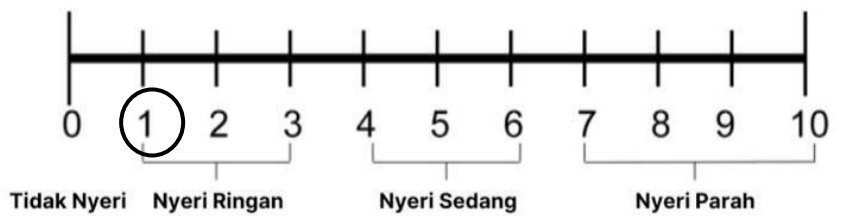
P (Provoking) : Peningkatan Tekanan Intrakranial

Q (Quality) : Seperti Di Tekan-Tekan Benda Berat

R (Regio) : Kepala

S (Skala) : Skala 1

T (Time) : Hilang Timbul



Gambar3. 5 Skala Nyeri

E. PEMRIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Laboratorium

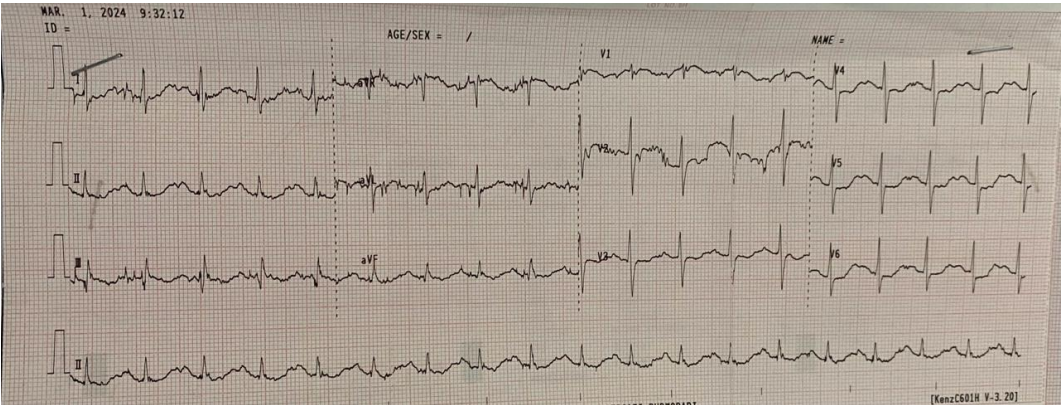
Tanggal 1 Maret 2024 jam 10.55 WIB

Tabel 3. 4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Metode	Hasil	Satuan	N.Rujukan
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	Analyzer	12.6	g/dl	12-16
Trombosit	Analyzer	267000	/ul	1770000- 393000
Eritrosit	Analyzer	4.01	10 ⁶ /ul	4.4-5.9
Leukosit	Analyzer	16250	/Ul	3800-10600
Basophil%	Analyzer	0	%	0-1
N. Batang	Analyzer	0	%	3-5
N. Segmen	Analyzer	86	%	50-70
Limfosit	Analyzer	7	%	24-40
Monosit	Analyzer	4	%	2-8
eosinofil	Analyzer	0	%	2-4
GDS		143	Mg/dl	70-140

2. EKG

Pada tanggal 1 Maret 2024 jam 09.30 WIB



Gambar3. 6 Elektrokardiografi

3. Therapy

Pada tanggal 2 Maret 2024

Tabel 3. 5 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
piracetam	IV	3x3 gr	Pengobatan yang digunakan untuk gangguan mioklonus kortikal, serta vertigo
citicoline	IV	3x500 mg	Pengobatan yang digunakan untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh stroke atau cedera kepala
ketorolac	IV	2x30 mg	Pengobatan yang digunakan untuk meredakan nyeri
Infus RL	IV	20 tpm	Pengganti cairan plasma isotonic yang hilang

Pada tanggal 3 Maret 2024

Tabel 3. 6 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
piracetam	IV	3x3 gr	Pengobatan yang digunakan untuk gangguan mioklonus kortikal, serta vertigo
citicoline	IV	3x500 mg	Pengobatan yang digunakan untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh stroke atau cedera kepala
ketorolac	IV	2x30 mg	Pengobatan yang digunakan untuk meredakan nyeri
Infus RL	IV	20 tpm	Pengganti cairan plasma isotonic yang hilang

Pada tanggal 4 Maret 2024

Tabel 3. 7 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
piracetam	IV	3x3 gr	Pengobatan yang digunakan untuk gangguan mioklonus kortikal, serta vertigo
citicoline	IV	3x500 mg	Pengobatan yang digunakan untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh stroke atau cedera kepala
Infus RL	IV	20 tpm	Pengganti cairan plasma isotonic yang hilang

F. ANALISA DATA

Nama : Ny. H

Ruang: Flamboyan Atas

Umur : 36 Tahun

Dx Medis: Hipertensi

Tabel 3. 8 Analisa Data

NO	HARI/TGL	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI	TTD
1	Sabtu, 2/03/2024	DS: Pasien mengatakan jika memiliki riwayat tekanan darah tinggi, kepala pusing serta nyeri pada kepala serta tengkuk DO: Pasien tampak meringis serta didapatkan hasil dari TTV sebagai berikut: TD: 170/100 mmHg, N: 98x/menit, Suhu: 36,5 °C, RR: 20x/menit	Resiko perfusi Serebral Tidak Efektif D.0009	Peningkatan Tekanan Intrakranial	Ren ata
2	Sabtu, 2/03/2024	DS: Pasien mengatakan nyeri akut pusing serta nyeri pada kepala serta tengkuk, gelisah, sulit tidur, tekanan darah meningkat, tampak meringis P: Peningkatan tekanan intrakranial Q: nyeri seperti ditekan benda berat R: kepala S: 6 T: hilang timbul DO: Pasien tampak meringis serta memijat kepala yang pusing TD: 170/100 mmHG, N: 98x/menit, Suhu: 36,5	Nyeri akut D.0077	Peningkatan Tekanan Intrakranial	Ren ata

		C°, RR: 20x/menit			
3	Sabtu, 2/03/2024	DS: Pasien mengatakan sulit tidur saat malam karena nyeri yang dirasakan DO: Pasien tampak menahan ngantuk, pola tidur berubah	Gangguan pola tidur D.0055	Keluhan Nyeri	Renata

G. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3. 9 Diagnosa Keperawatan

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
1	Sabtu, 2/03/2024	Resiko Perfusi serebral tidak efektif b.d peningkatan tekanan intrakranial d.d tekanan darah diatas normal D.0017	Senin, 4 maret 2024	Renata
2	Sabtu, 2/03/2024	Nyeri akut b.d peningkatan tekanan intrakranial d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur, tekanan darah meningkat, skala nyeri 6 D.0077	Senin, 4 maret 2024	Renata
3	Sabtu, 2/03/2024	Gangguan pola tidur b.d keluhan nyeri d.d mengeluh sulit tidur, tidak puas tidur, pola tidur berubah D.0055	Senin, 4 maret 2024	Renata

H. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3. 10 Intervensi Keperawatan

No	Hari/Tgl	SLKI	SIKI	TTD
1	Sabtu, 2/03/2024	Perfusi Serebral L.02014 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keadekuatan aliran darah serebral membaik Dengan kriteria hasil: a. Tekanan intracranial menurun b. Sakit kepala menurun c. Gelisah menurun d. Nilai rata-rata tekanan darah membaik e. Tekanan darah sistolik membaik f. Tekanan darah diastolic membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial I.09325 Observasi: 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor input dan output cairan Terapeutik: 1. Meminimalkan stimulus dengan meyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Hindari pemberian IV hipotonik Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan arti konvulsan, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i> 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>	Renata

2	Sabtu, 2/03/2024	<p>Tingkat nyeri L.08066</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Tekanan darah membaik Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri I.080238</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi otot progresif) Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilohan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p>	Renata
---	---------------------	---	---	--------

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i> 	
3	Sabtu, 2/03/2024	Pola tidur L.05045 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: a. keluhan sulit tidur menurun b. keluhan sering terjaga menurun c. keluhan tidak puas tidur menurun d. keluhan pola tidur berubah menurun e. keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur I.09265 Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 	Renata

Edukasi :

1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 3. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.
-

I. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3. 11 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	No.Dx	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Sabtu, 2/03/2024 07.00 WIB	Dx 1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala serta nyeri tengkuk karena mempunyai riwayat HT DO: Pasien tampak meringis, gelisah	Renata
07.10 WIB	Dx 1	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala serta tengkuk sudah 3 hari yang lalu DO: Pasien tampak meringis, gelisah	Renata
07.15 WIB	Dx 1	Memonitor status pernafasan	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa Tanda-tanda vital DO: TD:170/100 mmHg, S:36,5°C, N:98x/menit, RR: 20x/menit	Renata
07.21	Dx 1	Meminimalkan	DS: Pasien	Renata

WIB		stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	mengatakan lebih nyaman karena jika ada saudara yang menjenguk pada saat jam kunjung DO: Pasien tampak tenang dan nyaman	
07.35 WIB	Dx 1	Memberikan pasien posisi semi fowler	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan posisi semi fowler tempat tidur bagian kepala Pasien telah dibuat sedikit tinggi DO: Pasien tampak sedikit nyaman	Renata
07.40 WIB	Dx 2	Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi kualitas, intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa P: peningkatan tekanan darah Q: nyeri seperti ditekan benda berat R: kepala S: skala 6 T: hilang timbul DO: Pasien tampak	Renata

				meringis, gelisah		
07. WIB	45	Dx 2	Mengidentifikasi skala nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala serta tengkuk DO: Skala 6	Renata	
07. WIB	48	Dx 2	Mengidentifikasi respons non verbal	DS: Pasien mengatakan tidak nyaman karena nyeri DO: Pasien tampak meringis dan gelisah	Renata	
07.50 WIB		Dx 2	Mengidentifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa P: peningkatan tekanan darah Q: nyeri seperti ditekan benda berat R: kepala S: skala 6 T: hilang timbul DO: Pasien tampak meringis, gelisah	Renata	
07.55 WIB		Dx 3	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	DS: Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri kepala serta tengkuk	Renata	

			DO: Pasien tampak lemas dan mengantuk	
08.00 WIB	Dx 3	Mengidentifikasi pengganggu tidur	DS: Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena merasakan nyeri kepala serta tengkuk	Renata
			DO: Pasien tampak mengantuk, tidak bisa tidur	
08.12 WIB	Dx 3	Memodifikasi lingkungan	DS: Pasien mengatakan sudah mulai nyaman dengan lingkungannya	Renata
			DO: Pasien tampak mulai nyaman setelah dilakukan modifikasi lingkungan	
08.25 WIB	Dx 3	Menetapkan jadwal tidur rutin	DS: Pasien mengatakan bersedia mengikuti jadwal tidur rutin yang disarankan perawat	Renata
			DO: Pasien kooperatif	
08.40	Dx 3	Melakukan	DS: Pasien	Renata

WIB		prosedur meningkatkan kenyamanan	untuk	bersedia diberikan peningkatan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan DO: Pasien kooperatif	
08.50 WIB	Dx 3	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit		DS: Pasien mengatakan paham tentang pentingnya tidur cukup selama sakit DO: Pasien tampak paham	Renata
09.00 WIB	Dx 3	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur		DS: Pasien mengatakan akan menepati melakukan kebiasaan waktu tidur DO: Pasien kooperatif	Renata
09.10 WIB	Dx 2	Mengajarkan relaksasi progresif	otot	DS: Pasien mengatakan sangat mudah dilakukan tindakan relaksasi otot progresif DO: Pasien tampak paham dan kooperatif	Renata
09.23 WIB	Dx 3	Mengajarkan faktor- faktor yang berkontribusi terhadap dengan		DS: Pasien mengatakan paham apa itu faktor- faktor	Renata

		gangguan pola tidur	yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur DO: Pasien paham tentang yang dijelaskan perawat		
10.00 WIB	Dx 1	Memberikan terapi obat injeksi Piracetam 3 gr Citicoline 500 mg Ketorolac 30 mg	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat injeksi DO: obat telah dimasukan melalui jalur IV	Renata	
10.15 WIB	Dx 2	Memonitor efek samping penggunaan analgesik	DS: Pasien mengatakan tidak ada alergi seperti mual, muntah, kemerahan ataupun gatal-gatal DO: -	Renata	
10.50 WIB	Dx 2	Melakukan terapi relaksasi otot progresif selama 15-20 menit	DS: Pasien mengatakan bersedia dilakukan terapi relaksasi otot progresif selama 15-20 menit DO: Pasien	Renata	

			tampak kooperatif, pasien tampak mengerti dan paham dengan arahan yang diajarkan diberikan oleh perawat, pasien tampak tenang selama diberikan tindakan		
11.00 WIB	Dx 2	Memfasilitasi istirahat dan tidur	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan fasilitas istirahat dan tidur DO: Pasien tampak lebih bisa tidur	Renata	
12.00 WIB	Dx 3	Membatasi waktu tidur siang	DS: Pasien mengatakan mengikuti anjuran dari perawat DO: Pasien tampak kooperatif	Renata	
13.00 WIB	Dx 2	Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	DS: Pasien tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan oleh	Renata	

			perawat DO: Pasien kooperatif		
13.15 WIB	Dx 2	Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	DS: Pasien tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan oleh perawat DO: Pasien kooperatif	Renata	
13.20 WIB	Dx 2	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS: Pasien tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan oleh perawat DO: Pasien kooperatif	Renata	
13.35 WIB	Dx 2	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	DS: Pasien tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan oleh perawat DO: Pasien kooperatif	Renata	
14.00 WIB	Dx 2	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS: Pasien mengatakan masih nyeri pada kepala dan tengkuk, tidak bisa tidur, pola tidur berubah	Renata	

				P: peningkatan tekanan intrakranial Q: nyeri seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 6 T: hilang timbul DO: Pasien tampak meringis, gelisah sulit tidur, pola tidur berubah, TD: 168/99 mmHg, N: 97x/menit, S: 36 C, RR: 22x/menit
Minggu, 3/03/2024 07.30 WIB	Dx 1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	DS: Pasien Renata mengatakan bersedia dilakukan pengukuran tanda-tanda vital DO: TD: 155/90mmHg N: 94x/menit S: 36 C RR: 22x/menit	
07.45 WIB	Dx 1	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	DS: Pasien mengatakan masih nyeri di	

				kepala serta tengkuk DO: Pasien tampak meringis dan gelisah		
08.09 WIB	Dx 1	Memonitor pernafasan	status	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa tanda-tanda vital DO: TD: 153/90mmHg N: 94x/menit S: 36 C RR: 22x/menit	Renata	
08.55 WIB	Dx 1	Memberikan posisi semi fowler	pasien	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan posisi semi fowler tempat tidur bagian kepala Pasien telah dibuat sedikit tinggi DO: Pasien tampak nyaman	Renata	
09.00 WIB	Dx 2	Mengkaji nyeri	lokasi	DS: Pasien menagatakan nyeri pada kepala serta tengkuk mulai berkurang DO: Pasien	Renata	

			tampak sedikit gelisah
09.15 WIB	Dx 2	Mengidentifikasi skala nyeri	DS: peningkatan tekanan intrakranial P: Renata Q: nyeri seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 4 T: hilang timbul DO: Pasien tampak gelisah
09.20 WIB	Dx 2	Mengidentifikasi respons non verbal	DS: Pasien Renata tidak nyaman karena nyeri DO: Pasien tampak gelisah
09.25 WIB	Dx 2	Mengidentifikasi memperberat dan memperingan nyeri	DS: P: Renata peningkatan tekanan intrakranial Q: nyeri seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 4 T: hilang timbul DO: Pasien tampak gelisah
09.50 WIB	Dx 3	Mengidentifikasi pengganggu tidur	DS: Pasien Renata tidak bisa tidur karena masih

				merasakan nyeri tetapi sudah berkurang DO: Pasien tampak gelisah	
09.55 WIB	Dx 3	Memodifikasi lingkungan		DS: Pasien mengatakan sudah mulai nyaman dengan lingkungannya DO: Pasien tampak tampak mulai nyaman setelah dilakukan modifikasi lingkungan	Renata
10.00 WIB	Dx 1	Memberikan terapi obat injeksi Piracetam 3 gr Citicolin 500 mg Ketorolac 30 mg		DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat injeksi DO: obat telah dimasukan melalui jalur IV	Renata
10.15 WIB	Dx 2	Memonitor efek samping penggunaan analgesik		DS: Pasien mengatakan tidak ada alergi seperti mual, muntah, kemerahan ataupun gatal- gatal DO: -	Renata
10.30	Dx 3	Menganjurkan		DS: Pasien	Renata

WIB		menepati kebiasaan waktu tidur		mengatakan akan menepati melakukan kebiasaan waktu tidur DO: Pasien kooperatif	
11.25 WIB	Dx 2,3	Mengajarkan relaksasi progresif	otot	DS: Pasien mengatakan bersedia dilakukan terapi relaksasi otot progresif selama 15-20 menit DO: Pasien tampak kooperatif, pasien tampak mengerti dan paham dengan arahan yang diajarkan diberikan oleh perawat, pasien tampak tenang selama diberikan tindakan	Renata
11.45 WIB	Dx 2	Melakukan relaksasi progresif 15-20 menit	terapi otot selama	DS: Pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan terapi relaksasi otot progresif selama 15-20	Renata

				menit DO: Pasien tampak kooperatif, pasien mampu mengikuti, mengerti dan paham dengan anjuran perawat, pasien tampak tenang selama diberikan terapi		
12.00 WIB	Dx 2	Memfasilitasi istirahat dan tidur		DS: Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur dengan nyenyak DO: Pasien terlihat mengantuk dan menguap	Renata	
12.15	WIB	Membatasi waktu tidur siang		DS: Pasien mengatakan mengikuti anjuran dari perawat DO: Pasien tampak kooperatif	Renata	
13.30 WIB	Dx 2	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri		DS: Pasien tampak mengerti tentang apa yang di jelaskan oleh	Renata	

			perawat DO: Pasien kooperatif	
14.15 WIB	Dx 2	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kepala tengkuk tetapi sudah bisa tidur P: peningkatan tekanan intrakranial Q: seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 3 T: hilang timbul DO: Pasien masih tampak meringis TD:147/90 mmHg, N: 94x/menit S: 36 °C RR: 22x/menit	Renata
Senin, 4/03/2024 07.38 WIB	Dx 1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	DS: Pasien mengatakan bersedia DO: TD: 143/80 mmHg N: 94x/menit S: 36 °C RR: 22x/menit	Renata

07.40 WIB	Dx 1	Memonitor dan peningkatan	tanda gejala TIK	DS: Pasien mengatakan masih nyeri di kepala serta tengkuk berkurang DO: Pasien tampak lebih nyaman	Renata
07.45 WIB	Dx 1	Memonitor pernafasan	status	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa tanda-tanda vital DO: TD: 143/80 mmHg N: 94x/menit S: 36 °C RR: 22x/menit	Renata
08.10 WIB	Dx 1	Memberikan	pasien semi fowler	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan posisi semi fowler tempat tidur bagian kepala Pasien telah dibuat sedikit tinggi DO: Pasien tampak nyaman	Renata
08.35 WIB		Mengkaji karakteristik, durasi, intensitas	lokasi, kualitas nyeri	Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	Renata

			P: peningkatan tekanan intrakranial Q: seperti ditekan- tekan benda berat R: kepala S: skala 1 T: hilang timbul DO: Pasien sudah tidak meringis dan tampak lebih segar TD: 143/80 mmHG N: 94x/menit S: 36 C RR: 22x/menit
08.44 WIB	Dx 2	Mengidentifikasi skala nyeri	DS: P: Renata peningkatan tekanan intrakranial Q: nyeri seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 4 T: hilang timbul DO: Pasien tampak gelisah
08.52 WIB	Dx 2	Mengidentifikasi respons nyeri non verbal	DS: Pasien Renata mengatakan sudah tidak merasakan

			nyeri DO: Pasien tampak nyaman	
09.15 WIB	Dx 3	Mengidentifikasi aktivitas dan tidur pasien	DS: Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak DO: Pasien tampak tenang dan segar	Renata
09.35 WIB	Dx 3	Menetapkan jadwal tidur pasien	DS: peningkatan tekanan intrakranial Q: seperti ditekan –tekan benda berat R: kepala S: skala 1 T: Hilang timbul DO: Pasien terlihat sangat nyaman	P: Renata
09.55 WIB	Dx 1	Memberikan injeksi IV Piracetam 3 gr Citicoline 500 mg	DS: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat IV DO: obat sudah diberikan melalui jalur IV	Renata
11.00 WIB	Dx 2	Memberikan terapi relaksasi otot	DS: Pasien mengatakan	Renata

		progresif 15-20 m3nit	selama	bersedia diberikan terapi relaksasi otot progresif selama 15-20 menit DO: Pasien tampak tenang selama tindakan
11.36 WIB	Dx 2	Memfasilitasi istirahat dan tidur		DS: Pasien mengatakan sudah bisa tidur DO: Pasien tampak segar karena sudah bisa tidur
12.00 WIB	Dx 3	Membatasi tidur siang	waktu	DS: Pasien mengatakan mengikuti anjuran dari perawat DO: Pasien tampak kooperatif
13.10 WIB	Dx 2	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan		DS: Pasien Renata mengatakan nyeri sudah berkurang dan hampir tidak terasa lagi, sudah bisa tidur nyenyak P: peningkatan tekanan intrakranial Q: seperti

				ditekan –tekan benda berat R: kepala S: skala 1 T: Hilang timbul DO: Pasien terlihat sangat nyaman	
13.44 WIB	Dx 1	Mengkaji tanda vital	tanda-	DS: Pasien mengatakan bersedia diperiksa tanda-tanda vital DO: TD: 130/73 mmHG N: 95x/menit S: 36 C RR: 20x/menit	Renata

J. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3. 12 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
Sabtu, 2/03/2024 14.00 WIB	Dx 1	<p>S: Pasien mengatakan mau diperiksa tanda-tanda vital</p> <p>O: TD: 168/99 mmHg</p> <p>N: 97x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>RR: 22x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2) memonitor tanda dan gejala TIK 3) memonitor status pernafasan 4) memberikan pasien posisi semi fowler 5) memberikan terapi obat injeksi piracetam 3 gr, citicolin 500 mg, ketorolac 30 mg 	Renata
14.00 WIB	Dx 2	<p>S: Pasien mengatakan sedikit tenang tetapi nyeri yang dirasakan belum berkurang</p> <p>P: peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Q: Nyeri seperti ditekan benda berat</p> <p>R: kepala</p> <p>S: skala 6</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengkaji lokasi yeri 2) mengidentifikasi skala nyeri 3) mengidentifikasi respons non verbal 4) mengidentifikasi memperberat 	Renata

			dan memeperingan nyeri
			5) memonitor efek samping penggunaan analgetik
			6) melakukan terapi relaksasi otot progresif
			7) memfasilitasi istirahat dan tidur
			8) menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
			9) memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
14.00 WIB	Dx 3	S: Pasien mengatakan sulit tidur, pola tidur berubah O: Pasien tampak mengantuk A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan interevensi	
			1) memodifikasi lingkungan
			2) menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
			3) melakukan terapi relaksasi otot progresif
Minggu, 3/03/2024 14.15 WIB	Dx 1	S: Pasien mengatakan mau diperiksa tekanan darahnya kembali O: TD: 147/90 mmHg N: 94x/menit S: 36 °C RR: 22x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Renata
			1) mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK
			2) memonitor tanda dan gejala TIK
			3) memonitor status pernafasan
			4) memberikan pasien posisi semi fowler
			5) memberikan terapi obat injeksi piracetam 3 gr, citicolin 500 mg

13.55 WIB	Dx 2	<p>S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala serta tengkuk tetapi tidak seberat sebelumnya</p> <p>P: peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Q: seperti ditekan-tekan benda berat</p> <p>R: kepala</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien masih tampak gelisah</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) . mengkaji lokasi yeri 2) mengidentifikasi skala nyeri 3) mengidentifikasi respons non verbal 4) mengidentifikasi memperberat dan memeperingan nyeri 5) memonitor efek samping penggunaan analgetik 6) melakukan terapi relaksasi otot progresif 7) memfasilitasi istirahat dan tidur 8) menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9) memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	Renata
14.00 WIB	Dx 3	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa tidur</p> <p>O: Pasien tampak mengantuk</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memodifikasi lingkungan 2) menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3) melakukan terapi relaksasi otot progresif 	Renata
Senin, 4/03/2024	Dx 1	<p>S: Pasien mengatakan bersedia diukur</p>	Renata TTV

13.44		O: TD: 130/73 mmHg N: 95x/menit S: 36 °C RR: 20x/menit A: Masalah Teratasi P: Pertahankan Intervensi	
14.00	Dx 2	S: Pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa nyeri lagi P: peningkatan tekanan intrakranial Q: seperti ditekan-tekan benda berat R: kepala S: skala 1 T: hilang timbul O: Pasien tampak sudah membaik dan duduk di BED A: Masalah Teratasi P: Pertahankan Intervensi	Renata
14.00 WIB	Dx 3	S: Pasien mengatakan sudah bisa tidur seperti sebelum sakit O: Pasien tampak segar dan fresh A: Masalah sudah teratasi P: Pertahankan intervensi	Renata