

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data Awal

Desa Rambangaru merupakan salah satu desa yang terletak di kecamatan Haharu, dan termasuk dalam wilayah Kerja Puskesmas Rambangaru, Kabupaten Sumba Timur, Nusa Tenggara Timur. Desa Rambangaru berjarak 44.2 km dari Ibu Kota Kabupaten Sumba Timur yaitu Kota Waingapu. dibatasi oleh kawasan-kawasan berikat: di utara berbatasan dengan Kecamatan Kanatang, di selatan berbatasan dengan Desa Praibakul di barat berbatasan dengan Desa Kadahang, serta di timur berbatasan dengan kawasan kecamatan Kanatang. Desa Rambangaru sendiri terbagi menjadi 06 rukun warga (RW) dan 12 rukun tetangga (RT) dengan jumlah penduduk di desa 1,652 jiwa yang terdiri dari jenis kelamin laki-laki 851 jiwa dan jenis kelamin perempuan 801 di tahun 2023, Serta jumlah KK 1.380 KK. Luas wilayah Desa Rambangaru ini $\pm$ 61,40 km dengan batas Wilayah Desa Rambangaru, Kecamatan Haharu.

4.2 Hasil Asuhan Keperawatan

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

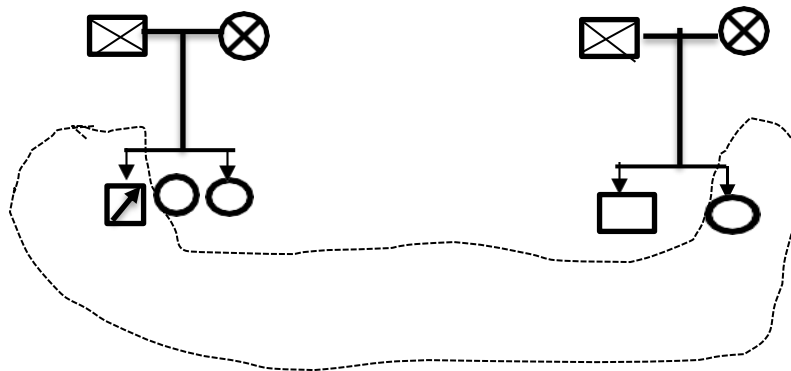
Pengkajian Studi Kasus keluarga yang terdapat satu pasien yang menderita hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rambangaru.

1. Identitas Umum

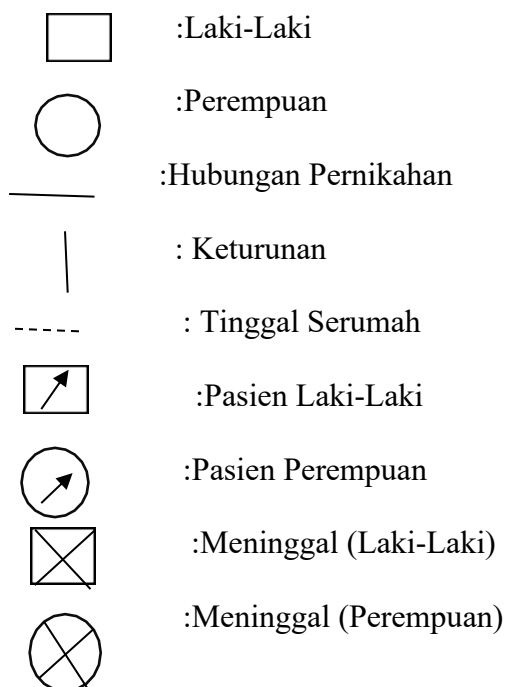
- a. Identitas Kepala Keluarga: Tn. W adalah seorang laki-laki berusia 80 tahun dengan tingkat pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD). Saat ini, beliau bekerja sebagai petani. Tn. W menganut agama Marapu dan berasal dari suku Sumba. Berdasarkan data yang diperoleh, Tn. W tinggal di Hawe. Adapun informasi mengenai nomor telepon tidak tersedia.

- b. Komposisi keluarga: Ny. O merupakan seorang perempuan berusia 54 tahun istri dari Tn. W. Tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh adalah Sekolah Dasar (SD). Berdasarkan data yang diperoleh, status imunisasi Ny. O tidak dapat dipastikan karena tidak mengingat riwayat imunisasinya.

Genogram Gambar 4. 1 Genogram



Keterangan:



c. Tipe keluarga:

Jenis tipe keluarga Tn.W adalah pasangan atau keluarga inti yaitu keluarga yang terdiri dari suami (Tn.W) dan istri (Ny. O) tidak mempunyai keturunan.

Keluarga Tn. W termasuk dalam tipe keluarga pasangan (nuclear family), yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak. Dalam hal ini, keluarga terdiri dari Tn. W sebagai suami dan Ny. O sebagai istri, serta tidak memiliki keturunan. Keluarga ini berasal dari suku Sumba dan menganut agama Marapu. Dari aspek sosial ekonomi, Tn. W menyatakan bahwa sumber penghasilan keluarga berasal dari dirinya dan istrinya. Penghasilan keluarga dilaporkan sekitar Rp200.000 per bulan. Adapun harta benda yang dimiliki keluarga tergolong sederhana, yaitu berupa satu 1 televisi dan satu 1 telepon genggam. Dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas rekreasi keluarga dilakukan secara sederhana, seperti duduk bersama sambil berbincang dan menonton televisi. Aktivitas tersebut menjadi sarana bagi keluarga untuk menjaga kebersamaan dan keharmonisan.

2. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Tahap perkembangan keluarga Tn. W dan Ny. O saat ini termasuk dalam kategori keluarga pasangan tanpa anak. Keluarga ini terdiri dari suami dan istri yang hidup bersama tanpa memiliki keturunan. Berdasarkan tahap perkembangan keluarga, dapat dikatakan bahwa keluarga Tn. W telah memenuhi tugas perkembangan yang sesuai. Hal ini terlihat dari kemampuan Tn. W dan Ny. O dalam menjalani kehidupan rumah tangga

secara harmonis, saling berbagi peran, serta mengatur tanggung jawab secara adil. Selain itu, keduanya juga mampu menciptakan lingkungan rumah tangga yang nyaman dan saling mendukung. Riwayat keluarga inti menunjukkan bahwa Tn. W dan Ny. O telah menjalani kehidupan pernikahan selama kurang lebih 30 tahun. Pernikahan mereka berlangsung atas dasar pilihan sendiri dan telah mendapatkan restu dari kedua orang tua masing-masing. Ny. O merupakan pilihan Tn. W dan bukan hasil perjodohan. Hingga saat ini, hubungan keduanya tetap terjalin dengan baik dan harmonis.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga Inti

a. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya:

Riwayat kesehatan keluarga Tn. W menunjukkan bahwa pada masa sebelumnya, Tn. W memiliki pola makan yang tidak teratur serta kebiasaan merokok. Kebiasaan tersebut berpotensi memengaruhi kondisi kesehatannya. Pada kondisi saat ini, Tn. W diketahui memiliki riwayat penyakit hipertensi yang telah diderita sejak kurang lebih tiga tahun yang lalu. Tn. W telah melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas dan saat ini sedang menjalani program pengobatan, yaitu dengan mengonsumsi obat secara teratur serta rutin melakukan kontrol atau konsultasi ke Puskesmas. Terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, keluarga Tn. W mengutamakan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan apabila terdapat anggota keluarga yang sakit. Fasilitas kesehatan yang biasa digunakan adalah Puskesmas Rambangaru sebagai tempat untuk mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan.

b. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

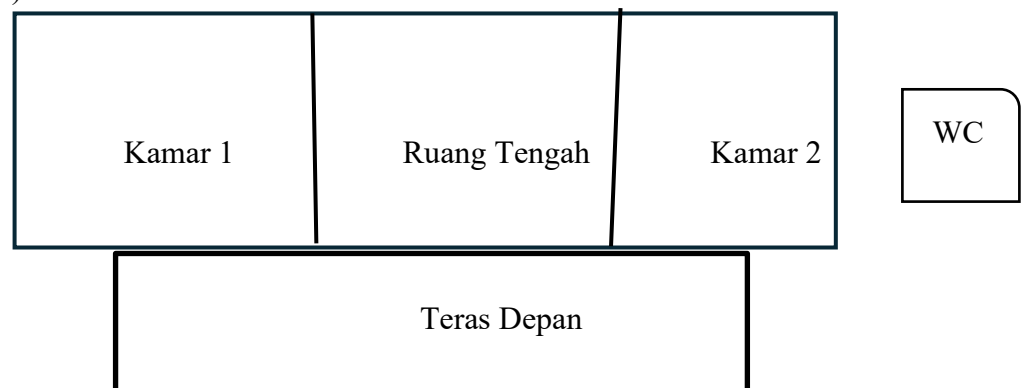
Berdasarkan data anggota keluarga, Tn. W merupakan kepala keluarga yang berusia 80 tahun dengan kondisi kesehatan saat ini dalam keadaan sakit. Tn. W diketahui menderita hipertensi dan saat ini sedang menjalani pengobatan di bawah pengawasan Puskesmas. Riwayat imunisasi Tn. W tidak dapat dipastikan karena yang bersangkutan tidak mengingatnya. Sementara itu, Ny. O sebagai istri Tn. W berusia 54 tahun dengan kondisi kesehatan dalam keadaan baik. Riwayat imunisasi Ny. O juga tidak dapat dipastikan karena tidak diingat. Hingga saat ini, tidak ditemukan adanya masalah kesehatan yang dialami oleh Ny. O dan tidak terdapat tindakan pengobatan yang sedang dijalani.

4. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik Rumah

1) Gambaran tipe rumah tempat tinggal: Rumah Tembok

2) Denah rumah



Gambar 4. 2 Denah Rumah

Gambaran kondisi rumah dapur keluarga Tn. W panggung dengan dapur yang. Keluarga memiliki satu kamar mandi yang digunakan bersama untuk keperluan sehari-hari.

Pengaturan tempat tidur di dalam rumah terdiri dari dua kamar. Pasien tidur menggunakan tempat tidur dan dilengkapi dengan kelambu sebagai upaya perlindungan dari serangga. Secara umum, kondisi kebersihan dan sanitasi rumah tampak baik dan terjaga. Berdasarkan persepsi subjektif, keluarga menyatakan merasa nyaman tinggal di rumah tersebut. Untuk pengelolaan sampah, keluarga biasanya mengumpulkan sampah terlebih dahulu kemudian membakarnya sebagai cara pembuangan. Sementara itu, terkait penataan atau pengaturan rumah secara khusus tidak ditemukan keterangan tambahan.

- b. Karakteristik tetangga serta komunitas RW: Terdapat tetangga terdekat
 - c. Mobilitas geografis keluarga: Keluarga tidak mempunyai kendaraan
 - d. Perkumpulan keluarga serta interaksi dengan masyarakat keluarga mengatakan kerap berkunjung di keluarga terdekat
 - e. Sistem pendukung keluarga: Tn.W dan Ny. O mengajarkan keluarganya untuk jujur dan terbuka ketika ada masalah.
5. Struktur Keluarga
- a. Pola komunikasi keluarga

Interaksi dalam keluarga biasanya diterapkan pada malam hari. Gaya komunikasi keluarga biasanya terbuka antara satu dengan yang lain. Jika ada masalah intern maka dibicarakan dengan istri
 - b. Struktur kekuatan keluarga

Keluarga Tn. W dan Ny.O saling mendukung antara sesama Respon keluarga bila terdapat anggota keluarga yang mengalami masalah adalah selalu berusaha mencari solusi.
 - c. Struktur peran

Tn.W berperan menjadi kepala keluarga serta pencari nafkah sedangkan Ny. O berperan menjadi ibu rumah tangga

d. Nilai dan norma keluarga

Keluarga Tn. W serta Ny. O menerapkan nilai-nilai norma dan kesopanan pada anggota keluarga.

6. Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif

1) Perasaan saling memiliki :

Antara keluarga Tn. W Terjalin rasa saling memiliki. Kesulitan yang dialami salah satu anggota keluarga adalah kesulitan pula bagi anggota keluarga yang lain.

2) Dukungan terhadap anggota keluarga :

Antara keluarga anggota Tn. W biasanya memberi dukungan terhadap setiap anggota keluarga, khususnya yang sedang memiliki masalah.

3) Kehangatan :

Suasana hangat dan terbuka terasa dalam Tn.W. Setiap anggota keluarga biasanya berkomunikasi dan bersenda gurau satu sama lain. Begitu juga saat menerima tamu, anggota keluarga bersikap ramah dan terbuka.

4) Saling menghargai :

Antara anggota keluarga tumbuh sikap saling menghargai. Dalam keluarga Tn.W tidak pernah terjadi pertengkaran, walaupun terjadi sesekali hanya selisih paham yang akan segera diselesaikan dengan baik.

b. Fungsi sosialisasi

1) Kerukunan hidup dalam keluarga :

Keluarga Tn.W termasuk keluarga yang rukun dan hampir tidak pernah terjadi pertengkaran, walaupun terjadi sesekali hanya selisih paham yang akan segera

diselesaikan dengan baik.

2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga :

Keluarga Tn. W biasanya saling berinteraksi antara anggota keluarga. Interaksi sering dilakukan pada malam hari saat seluruh anggota keluarga berkumpul.

3) Anggota keluarga yang dominan dalam pengambilan keputusan :

Anggota keluarga yang dominan dalam pengambilan keputusan adalah kepala keluarga, yaitu Tn. W Namun, sebelumnya telah dilakukan musyawarah dengan anggota keluarga yang lain.

4) Kegiatan keluarga waktu senggang :

Apabila libur atau ada waktu senggang keluarga Tn. W akan berkumpul walaupun hanya sekedar mengobrol.

5) Partisipasi dalam kegiatan sosial :

Keluarga Tn.W mengatakan aktif dalam kegiatan sosial seperti gotong royong, turut serta dalam kegiatan kemasyarakatan seperti kematian, dan acara- acara lainnya.

c. Fungsi perawatan kesehatan

1) Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit/masalah kesehatan

keluarganya : Keluarga Tn.W mengatakan mengetahui bahwa Tn. W menderita hipertensi, tetapi keluarga Tn. W tidak mengetahui penyebabnya, tanda dan gejala serta cara merawat Tn. W dengan Hipertensi.

2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat:

Sejak merasakan keluhan seperti sakit kepala, Tn. W memeriksakan kesehatannya ke puskesmas. Setiap obatnya habis,Tn. W langsung kontrol

lagi ke puskesmas.

- 3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit : Keluarga Tn.W kurang mengetahui apa penyebabnya, siapa saja yang berisiko terkena hipertensi, komplikasi hipertensi, serta cara perawatan pasien hipertensi. Namun, keluarga Tn.W sudah mengetahui jenis makanan apa saja yang boleh dan tidak boleh dimakan oleh Tn. W .
- 4) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat : Lingkungan rumah Tn.W cukup bersih. Ny.O menyapu dan membersihkan rumah setiap hari, merapikan tempat tidur, membuka jendela, dan menyapu lantai setiap hari.
- 5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat : Keluarga Tn.W biasanya selalu berobat ke puskesmas setiap ada keluhan atau masalah kesehatan.

d. Fungsi reproduksi

- 1) Perencanaan jumlah anak :

Tn. W mengatakan tidak memiliki anak sampai dengan saat ini .

- 2) Akseptor : tidak Yang digunakan : tidak

e. Fungsi ekonomi

- 1) Upaya pemenuhan sandang pangan :

Tn. W mengatakan penghasilan keluarganya setiap bulan kurang lebih Rp.200.000. uang tersebut digunakan untuk kebutuhan rumah tangga sehari-hari, bayar listrik, serta kebutuhan lainnya yang sering tak terduga.

- 2) Pemanfaatan sumber di masyarakat :

Keluarga Tn.W mengatakan memanfaatkan LPD yang ada di daerah atau di dekat rumahnya.

7. Stres Dan Koping Keluarga

a. Stressor jangka pendek :

Yang menjadi stressor jangka pendek keluarga Tn.W adalah bagaimana caranya memulihkan kondisi Tn. W

b. Stressor jangka panjang :

Stressor jangka panjang adalah bagaimana cara merawat Tn. W yang mengalami Hipertensi sehingga tidak terjadi komplikasi

c. Respon keluarga terhadap stresor :

Respon keluarga Tn. W yaitu, keluarga sudah membawa Tn.W berobat ke puskesmas setiap ada keluhan atau obat habis.

d. Strategi coping :

Apabila tidak menemukan jalan keluar dalam menghadapi suatu masalah Tn.W akan bertukar pikiran dengan istrinya. Biasanya setelah bertukar pikiran Tn.W dapat mengambil keputusan yang lebih baik.

e. Strategi adaptasi disfungsional :

Di keluarga Tn.W tidak ditemukan adanya cara-cara maladaptif dalam menyelesaikan masalah.

8. Pemeriksaan Fisik

Tanggal pemeriksaan : 10 Januari 2026

Tabel 4. 1 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik		Nama Anggota Keluarga	
			Nama: Tn. W Umur : 80 Thn	Nama: Ny. O Umur: 54 thn
1	Keluhan/riwayat penyakit saat ini:		Pasien mengatakan sakit kepala, sejak satu minggu yang lalu, nyeri seperti tertusuk dengan skala 5, nyeri hilang timbul, tegang leher, pusing, tampak meringis dan sulit tidur.	Istri pasien mengatakan kurang memahami tentang hipertensi, dan tampak tidak bisa menjawab saat ditanya.
2	Riwayat penyakit dahulu		Tidak ada riwayat penyakit dahulu	Tidak ada riwayat penyakit dahulu
3	Penampilan umum	a. Tahap Perkembangan	Tipe keluarga ini berada pada pasangan inti yang terdiri atas Tn. W selaku suami, Ny.O selaku istri.	Tipe keluarga ini berada pada pasangan inti yang terdiri atas Tn. W selaku suami, Ny.O selaku istri,
		b. Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
		c. Cara berpakaian	Cukup rapi	Cukup rapi
		d. Kebersihan personal	Mandi 1x sehari	Mandi 2x sehari
		e. Postur dan cara berjalan	Postur tubuh tegak dan cara jalan bungkuk	Postur tubuh tegak dan cara jalan tidak bungkuk
		f. Bentuk dan ukuran tubuh	Tidak terlalu kurus	Tidak terlalu kurus
4	Status mental	a. Status emosi	Tampak saat bicara nyambung dan dapat mengontrol emosinya	Tampak saat bicara nyambung dan dapat mengontrol emosinya
		b. Tingkat kecerdasan	Saat ditanya Tn. W, nyambung, semuanya jelas serta dapat di pahami	Saat ditanya Ny. O, nyambung, semuanya jelas serta dapat di pahami
		c. Orientasi	Baik	Baik
		d. Proses Berfikir	Selalu berfikir positif	Selalu berfikir positif
		e. Gaya Cara berbicara	Bersikap ramah dalam berbicara dengan bahasa sumba timur	Bersikap ramah dalam berbicara dengan bahasa sumba timur
5	Tanda-tanda Vital	a. Tekanan Darah	150/80 mmHG	90/70 mmHg
		b. Nadi	90x/ Menit	80x/Menit
		c. Suhu	36,7°C	36,5°C
		d. RR	20x/Menit	20x/Menit
6	Pemeriksaan kulit	a. Inspeksi	Warna kulit Sawo matang	Warna kulit Sawo matang
		b. Palpasi	Turgor kulit kurang dari 2 detik	Turgor kulit kurang dari 2 detik
7	Pemeriksaan kuku	a. Inspeksi	Kuku tampak kotor dan panjang	Kuku tampak bersih dan pendek
		b. Palpasi	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan

8	Pemeriksaan kepala	a. Inspeksi	Rambut berwarna putih(sudah beruban)	Rambut berwarna putih (sudah beruban)
		b. Palpasi	Ada nyeri saat di tekan, tidak ada bekas luka	Tidak ada nyeri tekan
9	Pemeriksaan muka	a. Inspeksi	Tampak simetris	Tampak simetris
		b. Palpasi	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c. Tes sensasi wajah	Dapat merasakan apabila diberikan sentuhan atau rangsangan	Dapat merasakan apabila diberikan sentuhan atau rangsangan
10	Pemeriksaan mata	a. Inspeksi	Tampak simetris, Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis	Tampak simetris, Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis
		b. Tes ketajaman visual	Tidak terlalu bisa melihat benda dan tulisan dari jarak dekat maupun jauh karena faktor usia.	Dapat melihat benda atau tulisan dengan jarak dekat maupun jauh
		c. Tes lapang pandang	Tidak terlalu dapat melihat di segala arah	Dapat melihat 10 ke segala arah
11	Pemeriksaan telinga	a. Inspeksi	Tampak simetris, tidak ada benda asing	Tampak simetris,tidak ada benda asing
		b. Palpasi	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c. Tes pendengaran	Fungsi pendengaran baik	Fungsi pendengaran baik
12	Pemeriksaan hidung dan sinus	a. Inspeksi	Tidak ada sekret	Tidak ada sekret
		b. Palpasi	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c. Tes penciuman	Penciuman baik	Penciuman baik
13	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan	a. Inspeksi	Gigi tidak lengkap, tidak sariawan	Gigi masih lengkap, tidak ada sariawan
		b. Palpasi	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c. Tes sensasi rasa	Sensasi rasa baik	Sensasi rasa baik
14	Pemeriksaan leher	a. Inspeksi	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
		b. Palpasi	Terasa tegang	Tidak ada nyeri tekan
		c. Tes sensasi rasa	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian
		d. Test ROM	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian
15	Pemeriksaan Dada	a. Inspeksi	Tampak simetris, tidak ada pembesaran jantung	Tampak simetris, tidak ada pembesaran jantung,payudara tampak simetris.
		b. Palpasi	Pergerakan dinding dada kanan, kiri simetris,Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba ictus cordis pada ICS 5.	Pergerakan dinding dada kanan, kiri simetris Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba cordis ICS5.
		c. Perkusi	Suara paru vesikuler dan	Suara paru vesikuler dan

			didapatkan batas kanan di tepi sternum, batas kiri di linea midklavikula kiri pada ruang interkostal V, dan batas atas di ruang interkostal II. Tidak terdapat pergeseran batas jantung.”	didapatkan batas kanan di tepi sternum, batas kiri di linea midklavikula kiri pada ruang interkostal V, dan batas atas di ruang interkostal II. Tidak terdapat pergeseran batas jantung.”
		d. Auskultasi	Tanpa ada suara tambahan	Tanpa ada suara tambahan
17	Pemeriksaan payudara dan aksila	a. Inspeksi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
		b. Palpasi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
18	Pemeriksaan abdomen	a. Inspeksi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
		b. Auskultasi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
		c. Palpasi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
		d. Perkusi	Tidak melakukan pemeriksaan	Tidak melakukan pemeriksaan
19	Pemeriksaan ekstremitas atas	a. Bahu	Dapat bergerak dengan bebas	Dapat bergerak dengan bebas
		b. Siku	Dapat bergerak dengan bebas	Dapat bergerak dengan bebas
		c. Pergelangan tangan	Dapat bergerak dengan bebas	Dapat bergerak dengan bebas
20	Pemeriksaan ekstremitas bawah	a. Panggul	Dapat bergerak dengan bebas	Dapat bergerak dengan bebas
		b. Lutut	Dapat bergerak dengan bebas, tidak ada nyeri dan pembekakan	Dapat bergerak dengan bebas, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan
		c. Pergelangan dan telapak kaki	Dapat bergerak dengan bebas dan tidak ada nyeri tekan	Dapat bergerak dengan bebas dan tidak ada nyeri tekan

9. Harapan Keluarga

- Terhadap masalah Kesehatannya: keluarga terhadap Tn. W cepat sembuh dan keluarganya tetap sehat

- b. Terhadap petugas Kesehatan yang tersedia: keluarga mengharapkan ada anggota puskesmas yang datang untuk melakukan pemeriksaan dan pemberian obat hipertensi

10. Pemeriksaan Penunjang (Lab,Rontgen,DLL): tidak dilakukan pemeriksaan

Diagnosa dan analisa data

a. Analisa Data

Tabel 4. 2 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Penyebab
1	Data subjektif: a. Pasien mengatakan nyeri kepala ,sejak satu minggu yang lalu, nyeri seperti tertusuk dengan skala 5, nyeri hilang timbul, tegang leher, pusing, tampak meringis, kesulitan tidur. Data objektif: a. TTV b. TD:150/80 mmHg c. N: 80x/ menit d. S: 36,7°C e. RR: 20x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis dan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
2.	Data subjektif a. Keluarga dan pasien mengatakan belum mengetahui tentang hipertensi Data objektif a. Keluarga dan Pasien tampak tidak menjawab saat di tanya	Defisit pengetahuan	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami

b. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 3 Perumusan Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi keluarga
2.	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga

c. Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri akut b.d Ketidakmampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit Hipertensi

Tabel 4. 4 Penilaian (Skoring) Dianosa Keperawatan

No	Kriteria hasil	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah - Aktual :3 - Resiko:2 - Potensial :1	3	$3/2 \times 1 = 3/2$	Masalah nyeri akut tentang hipertensi pada Tn.W karena tekanan darahnya tinggi
2.	Kemungkinan masalah bisa diubah - Mudah :2 - Sebagian:1 - Sulit:0	2	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah bisa diubah karena pasien dapat melakukan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
3.	Potensi masalah untuk dicegah - Tinggi :3 - Sedang:2 - Rendah:1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Keinginan keluarga Tn.W sangat tinggi karena dapat dicegah dengan cara pengecekan kesehatan di puskesmas
4.	Menonjolnya masalah - Masalah yang dirasakan harus segera ditangani :2 - Masalah dirasakan tidak perlu segera ditangani :1	2	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Tn.W menyadari masalah yang dirasakan harus diatasi segera
Total skor			4,5	

d. Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan

2) Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan Keluarga Dalam Mengetahui Masalah Yang Dialami Keluarga

Tabel 4. 5 Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan

No	Kriteria hasil	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah - Aktual :3 - Resiko:2 - Potensial :1	1	1/1x1=1	Masalah Manajemen kesehatan tidak efektif pada keluarga Tn. W Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga
2.	Kemungkinan masalah bisa diubah - Mudah :2 - Sebagian:1 - Sulit:0	1	2/2 x 1=1	Masalah bisa diubah karena pasien dapat melakukan penyuluhan tentang hipertensi
3.	Potensi masalah untuk dicegah - Tinggi :3 - Sedang:2 - Rendah:1	1	3/3x1=1	Keinginan keluarga Tn.W sangat tinggi karena dapat dicegah dengan cara pengecekan kesehatan di puskesmas
4.	Menonjolnya masalah - Masalah yang dirasakan harus segera ditangani :2 - Masalah dirasakan tidak perlu segera ditangani :1 - Masalah tidak dirasakan :0	1	2/2x2=1	Keluarga Tn.W menyadari masalah yang dirasakan harus diatasi segera
Total Skor			4	

4.2.2 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 6 Prioritas Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1	Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi
2	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan umum	Tujuan khusus	Kriteria	Standar	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama seminggu diharapkan keluarga mampu merawat keluarga yang sakit	Setelah diberikan tindakan keperawatan sepanjang 3 x 54 menit diharapkan mampu merawat keluarganya yang sakit	Respon verbal	1. Keluhan nyeri menurun 2. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik a. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
2.	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama seminggu	Setelah diberikan tindakan keperawatan sepanjang 3 x	Respon Verbal	1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi

mengenal masalah yang dialami keluarga	diharapkan mampu mengenal masalah kesehatan keluarga	54 menit diharapkan mampu mengenal masalah keluarga	resiko menerapkan program perawatan	a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
			2. Menerapkan program perawatan	Terapeutik
			3. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan	a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya
				Edukasi
				a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan

4.2.4 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4. 8 Implementasi dan Evaluasi

No	Hari/tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Sabtu, 10 januari 2026	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi keluarga.	10:00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, lalu kualitas, intensitas nyeri Respon: P: Nyeri kepala saat beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Pada area kepala S: Skala 5 T: hilang timbul	S: Pasien mengatani nyeri kepala ,sejak satu minggu yang P: Nyeri kepala saat beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Pada area kepala S: Skala 4 T: Hilang timbul O: TTV TD: 130/ 70 N: 82x/ menit S: 36,5°C RR: 20x/menit
			10:00	2. Mengidentifikasi skala nyeri : Skala 5	
			10:10	3. Mengukur tanda-tanda vital Respon : TD: 150/70 mmHg N: 85x/ menit S: 36,7°C RR: 20x/menit	A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
			10:15	4. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal : a. Pasien tampak meringis	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan skala nyeri. 2. Identifikasi respons nyeri non verbal (Berikan terapi relaksasi nafas dalam
				11. Mengajarkan relaksasi napas dalam Respon: a. Pasien mengikuti Tindakan yang di ajarkan.	
2.	Sabtu , 10 januari 2026	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam	10:30	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon:	S: Pasien mengatakan belum mengetahui tentang hipertensi O: Pasien tampak bingung saat ditanya

	mengenai masalah yang dialami keluarga	10:35	a. Keluarga dan Pasien bersedia mendengarkan informasi 2. Menanyakan tentang hipertensi pada pasien	A: Defisit pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi
		10:45	Respon: a. Pasien mengatakan tidak tahu apa itu hipertensi 3. Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan	1. Sediakan dan jelaskan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jelaskan Konsep hipertensi 3. Berikan kesempatan untuk bertanya
		11:00	Respon: a. Peneliti menyiapkan materi dan leaflet 4. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan	
1. Minggu , 11 januari 2026	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi keluarga.	10:00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon: P: Nyeri kepala saat beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Pada area kepala S: Skala 3 T: Hilang timbul	S: Pasien mengatakan sakit kepala berkurang P: Nyeri kepala saat beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Pada area kepala S: Skala 2 T: Hilang timbul
		10:00	2. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal Respon: Skala nyeri 3	O: Tanda-tanda vital TD : 120/ 90 N : 82x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/menit
		10:05	3. Mengidentifikasi TTV TD:130/70 mmHg, S : 36°C N : 81x/menit	A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

				RR : 20x/menit.	2. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Melatih terapi relaksasi nafas dalam)
			10:15	4. Melatih terapi relaksasi nafas dalam Respon: a. Pasien mampu mengikuti arahan	
2.	Minggu, 11 Januari 2026	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga	10:20 10:25 10:30 10:35	1. Menyediakan dan jelaskan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Menjelaskan pengertian hipertensi Respon : Pasien tampak bersedia menerima informasi saat menjelaskan 3. Menjelaskan penyebab hipertensi Respon : Pasien tampak bersedia menerima informasi 4. Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi Respon : Pasien tampak bersedia menerima informasi 5. Menjelaskan cara mencegah hipertensi Respon : Pasien tampak bersedia menerima informasi 6. Mengajukan pasien bertanya jika belum mengerti Respon: pasien mengatakan tidak ada pertanyaan	S: Pasien mengatakan sudah memahami sebagian tentang hipertensi O: Pasien tampak bisa menjawab saat ditanya A: Defisit pengetahuan sudah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi kembali kemampuan pasien tentang hipertensi
1.	Senin, 12 Januari 2026	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis dan ketidakmampuan	10:00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	P: Pasien mengatakan tidak sakit kepala P: Nyeri kepala beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk

		keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi keluarga.		P: Nyeri kepala saat beraktivitas Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Pada area kepala S: Skala 2 T: Hilang timbul	R: Pada area kepala S: Skala 1 T: hilang timbul
			10:20	2. Mengidentifikasi tekanan darah TD: 120/ 80 mmHg S:36,7°C N: 80x/ menit RR: 20x menit	O: Tanda-tanda vital TD: 110/ 80 mmHg S:36 °C N: 80x/ menit RR: 20x menit
			10:25	3. Menganjurkan pasien melakukan relaksasi napas dalam a. Pasien sudah mampu melakukan relaksasi napas dalam	A: Nyeri akut teratasi P: Intervensi dilanjutkan secara mandiri 1. Lakukan relaksasi jika sakit kepala timbul
2.	Senin, 12 Januari 2026	Defisit pengetahuan b.d Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga	10:30	1. Meminta keluarga pasien dan pasien menjelaskan kembali tentang konsep hipertensi Respon: a. Keluarga pasien dan pasien mampu menjelaskan tentang konsep hipertensi	S: Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi O: Pasien Tampak bisa menjawab saat ditanya A: Manajemen kesehatan tidak efektif teratasi P: Intervensi dihentikan

4.3 Pembahasan

Pada tahap ini penulis akan membahas hasil studi kasus yang diperoleh antara konsep teori dan hasil penelitian. Berdasarkan pengkajian pada Tn. W tanggal 10 januari 2026. Masalah keperawatan yang di dapatkan yaitu Nyeri Akut pada kasus hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rambangaru. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

4.3.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang di peroleh data dari data subjektifnya pasien mengeluh sakit kepala dan data objektifnya yaitu pasien tampak meringis, sulit tidur dan pusing, dan didapatkan keluhan utama yaitu sakit kepala dengan skala nyeri 5 dan tidak mengetahui tentang apa itu hipertensi. Dari hasil pemeriksaan fisik, dengan pengukuran PQRST: P: Nyeri kepala saat beraktivitas, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: pada area kepala, S: skala 5, T: hilang timbul dan tekanan darah 150/90mmHg, S: 36°C, N 85x/menit, RR: 22 x/m.

Hasil ini sejalan dengan penelitian (M.m. et al., 2024) yaitu didapatkan keluhan sakit kepala dan sulit tidur, pasien tampak meringis. Hasil pemeriksaan fisik nyeri diukur dengan menggunakan skala nyeri PQRST P : nyeri datang tiba-tiba, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : sakit dibagian kepala, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul TTV : TD : 180/100 mmHg, N : 86x/menit, S : 36OC, R : 20x/menit.

Hasil ini didukung oleh penelitian Andin, (2024) yaitu pasien mengalami sakit kepala, tampak meringis, nyeri hilang timbul, durasi 20 menit, frekuensi nyeri ± 3 x/hari, skala nyeri 5, klien tampak meringis keskitan, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 91 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu: 36 °C.

Peneliti lain juga menunjukkan bahwa pasien hipertensi datang dengan keluhan nyeri kepala di tengkuk, badan lemas, dengan hasil pemeriksaan fisik, skala nyeri 4 (sedang) nyeri yang dirasakan seperti di timpa benda berat, , dari hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 180/100MmHg, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,5° C, nadi 90 x/menit (Violita & Wulandari,R., 2024).

Febrianti, (2025) mendapatkan pasien hipertensi dengan keluhan sakit kepala dan nyeri dada, tampak meringis, kesulitan tidur dengan hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan PQRST: P: saat melakukan aktivitas, Q: nyerinya seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada dada dan kepala, S: 4 dan T: hilang timbul. Adapun dari data objektif yaitu pasien tampak gelisah, TD: 170/95 mmhg, Suhu: 36,1 °C, Nadi: 97x/m, dan Respirasi :19x/m.

Berdasarkan uraian tersebut, menunjukkan bahwa pasien hipertensi memiliki tanda dan gejala khas yaitu sakit kepala dengan waktu nyeri tidak tentu dan hilang timbul, nyeri dada, tampak meringis, sulit tidur dan tampak gelisah.

4.3.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data, ditetapkan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan Agen Pencedera fisiologis dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dan defisit pengetahuan berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah yang dialami keluarga terkait.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Andini & Damanik, D, 2024) terdapat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Hasil ini didukung oleh penelitian (Violita & Wulandari,R., 2024) terdapat diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisiologis dan defisit pengetahuan.

Peneliti lain juga menunjukkan bahwa adapun diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Febrianti, 2025). Tetapi hasil yang ditemukan oleh penelitian didukung oleh teori (Khotimah, 2024), yang menyatakan bahwa pasien dengan hipertensi dapat mengalami masalah keperawatan nyeri akut.

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. W yaitu intervensi manajemen nyeri dengan terapi relaksasi nafas dalam, dan defisit pengetahuan intervensinya edukasi kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Nurul et al., (2024) intervensi yang diambil manajemen nyeri akut dengan terapi relaksasi nafas dalam. Hal ini tidak sejalan penelitian (Ferdisa & Ernawati, 2021) intervensi keperawatan untuk mengurangi nyeri kepala dengan terapi relaksasi otot progresif. Hasil ini didukung oleh Penelitian (Andini & Damanik, D, 2024) bahwa intervensi keperawatan direncanakan yaitu, manajemen nyeri dengan terapi Relaksasi napas dalam.

Hasil urain di atas terdapat beberapa intervensi yang berbeda, tetapi intervensi yang diterapkan peneliti didukung oleh teori penelitian Islamiati et al., (2022) dan peneliti (Vitaisabella & Maryati, 2022) bahwa intervensi yang diberikan pada pasien hipertensi untuk mengurangi nyeri yaitu Manajemen nyeri dengan terapi relaksasi napas dalam.

4.3.4 Implementasi Keperawatan

Dari hasil Implementasi peneliti melatih pasien terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan membantu menurunkan tekanan darah tinggi, dan melakukan edukasi pada keluarga dan pasien tentang hipertensi seperti menjelaskan pengertian hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, dan pencegahan hipertensi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Khotimah, 2024) Implementasi terapi relaksasi nafas dalam dilakukan pada Klien M selama 3 hari selama 10 menit dengan 3 kali pertemuan pada saat melakukan implementasi. Hasil ini didukung oleh penelitian (Andini & Damanik, D, 2024), Implementasi hari pertama pada klien 1 mengkaji tingkat nyeri klien secara kompherenshif dengan hasil skala nyeri 5, setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari perawatan, dengan mengajarkan relaksasi nafas dalam, dan tingkat nyeri menurun setiap harinya.

Peneliti lain juga menunjukkan bahwa Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi selama 15 menit dalam 2 kali sehari didapatkan skala nyeri menurun (VitaSabella, 2022).

Hasil urain di atas di lakukan implementasi selama 3 hari di tindakan melatih relaksasi napas dalam dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya. Peneliti lain juga menunjukkan bahwa.

4.3.5 Evaluasi

Dari hasil Evaluasi dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama, setelah melakukan terapi relaksasi nafas dalam, tingkat nyeri (sebelum) di lakukan implementasi relaksasi napas dalam P: Nyeri kepala saat beraktivitas , Q: seperti tertusuk-tusuk, R: pada area kepala, S: skala 5, T: hilang timbul, dan tanda-tanda vital : TD 150/170 mmHg, S: 36°C, N 85x/menit, RR: 22 x/menit. Sesudah melakukan tindakan relaksasi napas dalam P: Nyeri saat beraktivitas, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: pada area kepala, S: skala 1, T: hilang, tanda-tanda vital TD 110/70 mmHg, suhu 36,9 °C, N: 79x/m, , RR: 20x/m.

Hal ini sejalan dengan peniliti (Febrianti, 2025) dari hasil evaluasi di lakukan selama 3 hari setelah diberikan teknik relaksasi napas dalam. Tekanan darah pasien menurun dari 170/95 mmHg menjadi 148/83 mmHg dengan penurunan nyeri dari skala 4 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan), yang menunjukkan efektivitas teknik ini dalam menurunkan tekanan darah secara nonfarmakologis. Selain itu, Tn. Z juga melaporkan merasa lebih tenang dan nyaman setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa, Hasil evaluasi selama 3 hari yang didapatkan dari kedua pasien yaitu mengalami penurunan intensitas nyeri dengan hasil nyeri ringan. Pada pasien 1 yaitu dari skala nyeri 4 turun ke skala nyeri 2, (Violita & Wulandari,R., 2024).

Berdasarkan urain dari hasil evaluasi peniliti selama 3 hari di dukung oleh teori peniliti (Febrianti, et al., 2025) bahwa evaluasi selama tiga hari dapat menurunkan tingkat nyeri.