

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan di uraikan hasil penelitian tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Waingapu. Adapun hasil penelitian sebagai berikut:

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

1. Puskesmas Waingapu

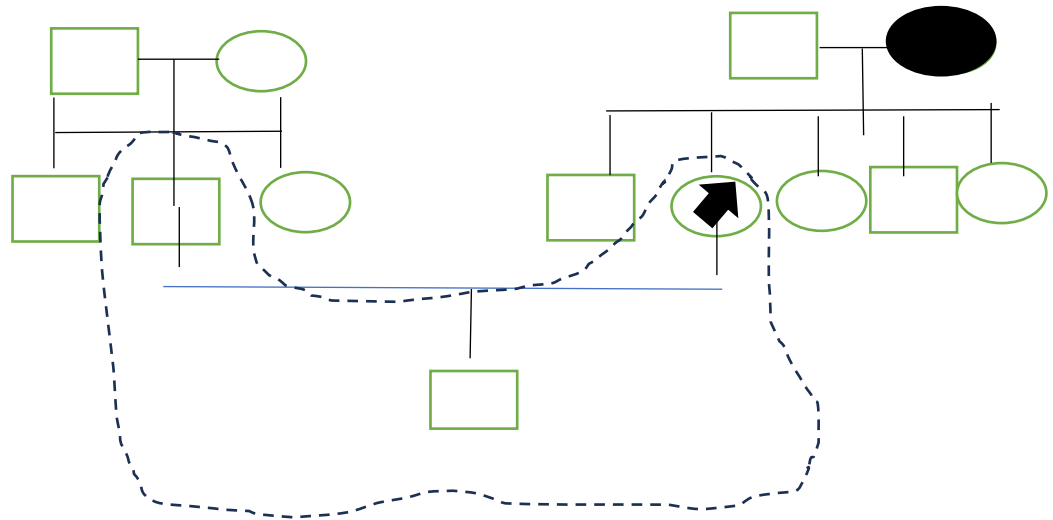
merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang terletak di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Kabupaten Sumba Timur, yang beralamat di JL. Cut Nyak Dien, Kecamatan Kota Waingapu. Puskesmas Waingapu merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan. Puskesmas Waingapu adalah puskesmas tipe non-rawat inap, yang berarti mereka memberikan pelayanan kesehatan yang tidak memerlukan rawat inap. Studi kasus yang digunakan adalah kunjungan terhadap pasien dengan menggunakan asuhan keperawatan dengan analisis mengenai peningkatan status kesehatan pasien dengan hipertensi. Pada Bab ini penulis mengemukakan hasil dari asuhan keperawatan melalui lima proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada pasien Ny. sb (Klien)

2. Gambaran Desa Mbatakapidu





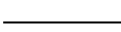




Gambaran Umum desa Mbatakapidu: Luas wilayah 28,2 KM², dengan jumlah penduduk sebanyak 2038 orang dengan jumlah Laki-laki sebanyak 1034 dan jumlah Perempuan sebanyak 1004 orang, serta jumlah Kepala Keluarga sebanyak 500.

Dengan sebagian besar penduduk bekerja sebagai petani/pekebun. Terbagi atas 5 Dusun, RW 12, 24 RT, 1 Puskesmas, 1 Pustu, serta 3 Posyandu.

3. Genogram (di gambar)



keterangan:

-  :laki-laki
-  :perempuan
-  :hubungan pernikahan
-  :Garis keturunan
-  :Tinggal serumah
-  :Pasien laki-laki
-  :Pasien perempuan
-  :Meninggal laki-laki
-  :Meninggal perempuan

4. Tipe keluarga:

Jenis Keluarga Bpk Lk Adalah Kelurga Inti Yaitu Kelurga Yang Terdiri Dari Suami,Istri,Anak

5. Suku bangsa : Sumba/Indonesia

6. Agama : Kristen Protestan

7. Status social ekonomi keluarga :

keluarga bapak lk bekerja sebagai polisi dan ibu sb sebagai ibu rumah tangga dan penghasilan kurang lebih 5.000.000 dan terkadang tidak menentu

8. Aktifitas rekreasi keluarga:kelurga bpk lk jarang berkreasi dan jarang berkumpul dengan kerluarga maupun tetangga

B. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini:
keluarga masih mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk mengurus anak-anak yang masih sekolah adapun tugas lain dari keluarga yaitu membantu anak untuk mandiri,mempertahankan komunikasi orang tua dan menjaga hubungan keluarga dan orang tua agar terjalin dengan baik dan harmonis
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :
adapun tugas keluarga yang belum terpenuhi antara lain yaitu keluarga masih mempunyai tugas untuk mengurus anak-anak yang masih sekolah dan sebagai kepala keluarga mempunya tugas lain yaitu sebagai pengabdian negara.

C. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA INTI

1. Riwayat keluarga sebelumnya :
Ny.Sb mengatakan sudah 3 bulan mengalami tekanan darah tinggi,nyeri dan tegang pada tengkuk saat melakukan aktifitas sebagai ibu rumah tangga
2. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

No	Nama	Hub dgn KK	Umur	Keaadn kes	Imunisasi	Masalah kes	Tindakan yg dlakukan
1	Bpk.lk	Suami	37 thn	Sehat	Lengkap	Sehat	
2	Ibu.sb	Istri	38 thn	Sakit	Lengkap	Sakit	Melakukan pengukuran tekanan darah,memberikan terapi teknik relaksasi napas dalam,menganjurkan kepada pasien untuk mengurangi makan makanan yang

						berlemak dan rendah garam
3	An.a	Anak	9 thn	Sehat	Lengkap	Sehat

3. Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan :

ny.sb selama sakit tidak pernah ke fasilitas kesehatan untuk berobat dan jika sakit hanya membeli obat di apotik.ketika di lakukan kunjungan rumah memberikan penjelasan pentingnya berobat ke rumah sakit untuk mengetahui sakit yang di alami,semenjak itu pasien ketika merasakan pusing dan nyeri pada tengkuk ny.sb segera pergi ke fasilitas kesehatan untuk berobat dan tidak membeli obat di apotek lagi

D. PENGKAJIAN LINGKUNGN

1. Karakteristik rumah :

a. Gambaran tipe rumah tempat tinggal :

gambaran rumah permanen,rumah seng dan dinding tembok

b. Gambaran kondisi rumah :

rumah mempunyai 1dapur,3 kamar tidur,1ruang tamu,1wc dalam

c. Dapur :

dapur terpisah dari rumah

d. Kamar mandi :

kamar mandi dalam rumah

e. Mengkaji pengaturan tempat tidur di dalam rumah :

Mempunyai Tiga Kamar Masing-Masing Kamar Memakai Kelambu

f. Mengkaji keadaan umum kebersihan dan sanitasi rumah:

Keadaan Lingkungan Bersih Dan keadaan rumah bersih dan terawat

g. Mengkaji perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah :

Kelurga mengatakan tidak ada perasaan yang menonjol ketika berada dalam rumah

- h. Evaluasi edukasi pembuangan sampah :
lingkungan rumah di bersihkan oleh kelurga dan sampah selalu di buang pada tempatnya dan membakar sampah ketika sampah sudah menumpuk
 - i. Penataan/pengaturan rumah :
ny.sb mengatakan memiliki 1ruang tamu,3 kamar tidur,1gudang
2. Karakteristik tetangga dan komunitas RW :
hubungan dengan tetangga terjalin baik dan saling mengisi
 3. Mobilitas geografis keluarga :
bpk lk dan semua anggota kelurga merupakan penduduk asli dan menetap
 4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :
kelurga bpk lk biasanya berinteraksi dengan semua orang di sekitar rumahnya,interaksi di gunakan setiap hari
 5. Sistem pendukung keluarga :
kelurga bapa lk jika memiliki masalah biasanya di bicarakan dengan anggota keluarganya dan saling terbuka dalam menghadapi masalah

E. STRUKTUR KELUARGA

1. Pola komunikasi keluarga :
keluarga mengatakan interaksi dalam kelurga jarang di lakukan karena mempunyai kesibukan masing-masing
2. Struktur kekuatan keluarga :
kelurga bpk lk saling mendukung satu sama yang lain,respon keluarga bila ada anggota kelurga yang masalah adalah anggota kelurga selalu mencari keluar bersama-sama untuk menyelesaikan masalah tersebut
3. Struktur peran (formal dan informal) :

bapak lk sebagai kk dan bekerja sebagai polisi dan ibu sb sebagai istri dan bekerja sebagai ibu rumah tangga dan an.a adalah anak usia sekolah begitu juga an.y yang masih paud

4. Nilai dan norma keluarga:

kelurga bpk lk menerapkan nilai-nilai agama pada setiap anggota keluarganya

F. FUNGSI KELUARGA

1. Fungsi afektif :

keluarga bpk lk terjalin rasa memiliki,selalu memiliki dukungan dari anggota keluarganya dan menciptakan suasana hangat dan terbuka,begitu juga saat terima tamu anggota keluarga bersikap ramah dan terbuka antara anggota keluarga saling menghargai

2. Fungsi sosialisasi :

keluarga lk termasuk keluarga yang rukun daan hampir tidak pernah terjadi pertengkaran,walaupun terjadi sesekali hanya selisi paham yang akan di selasaikan dengan baik

3. Fungsi perawatan kesehatan :

- bpk lk mengatakan bahwa ibu sb menderita hipertensi,terapi keluarga lk tidak mengetahui penyebab,tanda dan gejala serta cara merawat ibu sb dengan hipertensi
- keluarga bpk lk biasa jarang berobat ke fasilitas kesehatan pada saat ada keluhan atau masalah kesehatan,dan setelah di lakukan kunjungan rumah bpk lk menyadari bahwa pentingnya berobat ke fasilitas kesehatan

4. Fungsi reproduksi :

perencanaan jumlah anak:

bpk lk mengatakan ingin mempunyai 2 orang anak dan saat ini bpk lk mempunyai 2 orang anak

5. Fungsi ekonomi

bpk lk mengatakan penghasilan keluarga setiap bulan \pm 5.000.000, uang tersebut di gunakan untuk kebutuhan rumah tangga sehari-hari, bayar listrik dan air serta kebutuhan lainnya yang sering tak terduga

G. STRESS DAN KOPING KELUARGA

1. Stressor jangka pendek dan panjang :

yang menjadi stressor jangka pendek pada keluarga bpk lk adalah bagaimana cara memulihkan kondisi ibu sb sedangkan jangka panjang adalah bagaimana cara merawat ibu sb yang mengalami hipertensi sehingga tidak terjadi komplikasi

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor :

respon keluarga bapak lk yaitu membawa ibu sb ke puskesmas pada setiap keluhan atau obat ibu sb habis

3. Strategi koping yang digunakan :

apa bila tidak menemukan jalan keluar dalam menghadapi suatu masalah bpk lk akan bertukar pikiran dengan istri dan anaknya, biasanya setelah bertukar pikiran bpk lk dapat mengambil keputusan yang lebih baik

4. Strategi adaptasi disfungsional :

dikeluarga bpk lk tidak di temukan cara-cara maladaptif dalam menyelesaikan masalah

H. PEMERIKSAAN FISIK (Setiap individu anggota keluarga)

Pemeriksaan Fisik Pada keluarga bapak Lk.

No	Pemeriksaan fisik		Nama anggota keluarga		
			Nama :bpk.lk Umur :37 thn	Nama :ny.sb Umur :38 thn	Nama :an.a Umur :9 thn
1	Keluhan /riwayat penyakit saat ini :		Tidak ada keluhan	Keluhan batuk pilek,pusing-pusing dan nyeri pada tengkuk. TD:160/90MmHg N:82x/menit S: 36.C P:proses penyakit Q:tertusuk-tusuk R:dari kepala sampai pada tengkuk S:5 T:terus menerus	Tidak ada keluhan
2	Riwayat penyakit sebelumnya :		Batuk Pilek	Memiliki riwayat hipertensi selama 3 tahun	Sakit Kepala
3	Penampilan umum :	a. Tahap perkembangan	Sehat selalu	Batuk pilek,nyeri pada tengkuk dan pusing-pusing	sehat
		b . Jenis kelamin	L	P	L
		c . Cara berpakaian	Cara berpakaian rapi	Cara berpakaian sedikit rapi	Cara berpakaian rapi
		d . Kebersihan personal :	Mandi 3x sehari	Mandi 2x sehari	Mandi 3x sehari
		e . postur dan cara berjalan :	Berjalan dengan normal	Berjalan kadang sering duduk karena pusing	Berjalan dengan normal
		f . Bentuk dan ukuran tubuh :	-		

4	Status mental dan cara berbicara :	a . Status emosi :	Bpk lk jarang marah dalam anggota keluarga kecuali ada hal yang tidak bisa di komunikasikan dengan baik	Sering stres dan banyak pikiran	Sering menangis ketika selisi paham dengan adiknya
		b . tingkat kecerdasan :	Sebagai bpk kk, bpk lk sering atau banyak cara dalam menghadapi masalah dan menyelesaikan dengan baik	Sebagai ibu IRT ibu sb selalu membuat keluarga selalu bahagia	Ketika di sekolah An.A selalu mendapat pujian dari gurunya ketika dia menjawab soal yang di berikan gurunya
		c . orientasi :	-	-	-
		d . Proses berpikir :	Bpk lk selalu berpikir positif dalam segala hal	Ny.sb selalu berpikiran ketika menghadapi masalah	Berpikir cerdas dalam belajar di sekolah
		e . Gaya / cara berbicara :	Sebagai kk bpk lk selalu bersikap ramah dalam berbicara dengan anggota keluarga maupun tamu yang datang berkunjung	Ny sb berbicara sangat ramah pada lawan bicara dan bersikap kooperatif dan selalu menghargai pendapat orang lain	Selalu bersikap sopan ketika berkonunikasi dengan teman kelas maupun gurunya
5	Tanda – tanda vital :	a . Tekanan darah	120/80 mmhg	160/90 mmhg	-
		b . Nadi :	82x/menit	90x/menit	81x/menit
		c . Suhu :	36.1 c	37.4 c	36.2 c
		d . RR :	-	-	-
6	Pemeriksaan kulit	a . Inspeksi :			
		b . Palpasi :			
7	Pemeriksaan kuku :	a . Inspeksi :	Kuku tampak bersih dan pendek	Kuku tampak bersih dan sedikit panjang	Tampak bersih dan pendek
		b . Palpasi :	Tidak ada luka atau lesi	Tidak ada luka atau lesi	Tidak ada luka

8	Pemeriksaan kepala :	a . Inspeksi :	bentuk kepala bundar, kulit kepala bersih, rambut lurus, berwarna hitam	bentuk kepala bundar, kulit kepala bersih, rambut lurus dan	bentuk kepala bundar, kulit kepala bersih, rambut lurus, berwarna hitam
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan	Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan	Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan
9	Pemeriksaan muka :	a . Inspeksi :	Bentuk simetris tidak ada benjolan	Bentuk simetris tidak ada benjolan	Bentuk simetris tidak ada benjolan
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan di sekitar muka	Tidak ada nyeri tekan di sekitar muka	Tidak ada nyeri tekan di sekitar muka
		c . Tes sensasi wajah :	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan
10	Pemeriksaan mata :	a . palpasi	Tidak ada nyeri tekan di sekitar mata	Tidak ada nyeri tekan di sekitar mata	Tidak ada nyeri tekan di sekitar mata
		b . Inspeksi :	bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, reflex pupil +/+, pupil isokor ka/ki, tidak ada ikterus	bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, reflex pupil +/+, pupil isokor ka/ki, tidak ada ikterus	bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, reflex pupil +/+, pupil isokor ka/ki, tidak ada ikterus
		c . Test ketajaman visual :	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan
		d . Tes lapang pandang :	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan
11	Pemeriksaan telinga :	a . Inspeksi :	Bentuk simetris,kebersihan cukup,tidak ada pendarahan	Bentuk simetris,kebersihan cukup,tidak ada pendarahan	Bentuk simetris,kebersihan cukup,tidak ada pendarahan
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan di telinga	Tidak ada nyeri tekan di telinga	Tidak ada nyeri tekan di telinga
		c . Tes pendengaran :	Pendengaran normal	Pendengaran normal	Pendengaran normal

12	Pemeriksaan hidung dan sinus :	a . Inspeksi :	bentuk simetris, kebersihan cukup, tidak ada pendarahan	bentuk simetris, kebersihan cukup, tidak ada pendarahan	bentuk simetris, kebersihan cukup, tidak ada pendarahan
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan pada hidung	Tidak ada nyeri tekan pada hidung	Tidak ada nyeri tekan pada hidung
		c . Tes penciuman :	Penciuman normal	Penciuman normal	Penciuman normal
13	Pemeriksaan mulut dan tenggorokan :	a . Inspeksi :	bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada luka, kebersihan gigi cukup	bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada luka, kebersihan gigi cukup	bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada luka, kebersihan gigi cukup
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c . Tes sensasi rasa :	Sensasi rasa masih normal bisa merasakan rasa asin,manis dan pahit	Sensasi rasa masih normal bisa merasakan rasa asin,manis dan pahit	Sensasi rasa masih normal bisa merasakan rasa asin,manis dan pahit
14	Pemeriksaan leher :	a . Inspeksi :	tidak ada disteyki vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening	, tidak ada disteyki vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening	,tidak ada disteyki vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
		b . Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan	Ada nyeri tekan	Tidak ada nyeri tekan
		c . Tes sensasi rasa	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan
		d . Tes ROM :	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan	Tidak di lakukan
15	Pemeriksaan system pernafasan :	a . Inspeksi :	-	-	-
		b . Palpasi :	-	-	-
		c . Perkusi :	perkusi terdengar suara sonor ++	perkusi terdengar suara sonor ++	perkusi terdengar suara sonor ++
		d . Auskultasi :	suara napas vesikuler +/+, ronchi -/-, wheezing -/-, suara jantung S1S2 tunggal, tidak ada murmur	suara napas vesikuler +/+,ronchi -/-, wheezing -/-, suara jantung S1S2 tunggal, tidak ada murmur	suara napas vesikuler +/+, ronchi -/-, wheezing -/-, suara jantung S1S2 tunggal, tidak ada murmur

16	Pemeriksaan system kardiovaskuler :	a. Palpasi :	tidak terasa nyeri dada, pusing, kram kaki, palpitasi, tidak terlihat clubbing finger	tidak terasa nyeri dada, pusing, kram kaki, palpitasi, tidak terlihat clubbing finger	tidak terasa nyeri dada, pusing, kram kaki, palpitasi, tidak terlihat clubbing finger
		b . Inspeksi :	-	-	-
		c . Perkusi :	-	-	-
		d . Auskultasi :	Saat di auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat kelainan dan tidak terlihat ictus cordis	Saat di auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat kelainan dan tidak terlihat ictus cordis	Saat di auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat kelainan dan tidak terlihat ictus cordis
17	Pemeriksaan payudara dan aksila :	a . Inspeksi :	Tidak di lakukan pemeriksaan	Tidak di lakukan pemeriksaan	Tidak di lakukan pemeriksaan
		b . Palpasi :	Tidak di lakukan pemeriksaan	Tidak di lakukan pemeriksaan	Tidak di lakukan pemeriksaan
18	Pemeriksaan abdomen :	a . Inspeksi :	tidak ada luka, tidak ada benjolan	tidak ada luka, tidak ada benjolan	tidak ada luka, tidak ada benjolan
		b . Palpasi :	tidak ada nyeri tekan pada hati, ginjal dan limfa tidak teraba	tidak ada nyeri tekan pada hati, ginjal dan limfa tidak teraba	tidak ada nyeri tekan pada hati, ginjal dan limfa tidak teraba
		c . Perkusi :	tidak ada disteyki, tidak ada asites	tidak ada disteyki, tidak ada asites	tidak ada disteyki, tidak ada asites
		d . Auskultasi :	Bising usus + : 18x/ mnt	Bising usus + : 18x/ mnt	Bising usus + : 20x/ mnt
19	Pemeriksaan ekstremitas atas :	a . Bahu :	Tidak ada luka	Tidak ada luka	Tidak ada luka
		b . Siku :	Mampu mengerjakan dengan baik	Mampu mengerjakan dengan baik	Mampu mengerjakan dengan baik

		c . Pergelangan dan telapak tangan	Mampu mengerjakan seluruh pergelangan tangan dan telapak tangan Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan seluruh pergelangan tangan dan telapak tangan Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan seluruh pergelangan tangan dan telapak tangan Dengan kekutan otot 5555 5555
20	Pemeriksaan ekstremitas bawah :	a . Panggul :	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555
		b . Lutut :	Mampu mengerjakan lutut dengan baik	Mampu mengerjakan lutut dengan baik	Mampu mengerjakan lutut dengan baik
		c . Pergelangan dan telapak kaki :	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555	Mampu mengerjakan semua ekstremitas bawah Dengan kekutan otot 5555 5555

I. Pasien hipertensi :ADA

J. Jika ada : Kunjungan ke puskesmas :setelah melakukan kunjungn rumah pasien sering berkunjung di puskesmas ketika penyakitnya kumat atau obat habis

K. HARAPAN KELUARGA

1. Terhadap masalah kesehatannya :

keluarga bpk lk berharap agar ibu sb dapat mempertahankan kesehatan yang optimal

2. Terhadap petugas kesehatan yang ada :

keluarga bpk lk berharap agar petugas kesehatan dapat membantu mengatasi masalah kesehatan pada kelurga,khusus pada ibu sb dan meningkatkan pelayananya

L. PEMERIKSAAN PENUNJANG (-)

I. DIAGNOSIS ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

A. ANALISI DATA

NO	Data	Masalah	Penyebab
1	DS: Keluarga bpk Lk mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan keluarga bpk Lk menambahkan jika ibu Sb merasa nyeri pada tengkuk P=proses penyakit Q=tertusuk-tusuk R=pada kepala sampe pada tengkuk S=5-6 T=Terus menerus DO: Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk tidak tau tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

Dan tampak wajah ibu
 Sb meringis dan
 bersikap protektif
 ketika ingin disentuh
 tengkuknya.
 TTV
 TD=160/90 mmHg
 S=36.7 °C
 N=80 X/m
 RR=20 X/m

B. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

C. PENILAIAN (SKORING) DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Kriteria	Nilai	Bobot	Skoring	Pembenaran
Sifat masalah: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktual ▪ Resiko ▪ Potensial 	3 2 1	1	3/3 x 1=1	Sifat masalah aktual karena keluarga bapak lk masih tampak bingung dengan penyakit hipertensi dan masalah ini sangat dirasakan oleh keluarga.
Kemungkinan masalah untuk diubah <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudah ▪ Sebagian ▪ Tidak dapat 	2 1 0	2	2/2 x 2=2	Keluarga bapak lk sudah menyadari pentingnya kesehatan namun keluarga mengatakan masih kurang mengerti dengan penyakit hipertensi
Potensial masalah untuk dicegah <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tinggi ▪ Cukup ▪ Rendah 	3 2 1	1	2/3 x 1=2/3	Keluarga bapak lk mengatakan mau belajar dan menerima informasi.
Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segera diatasi ▪ Tidak segera diatasi ▪ Tidak dirasakan 	2 1 0	1	2/2 x 1=1	Keluarga bapak lk merasa sangat perlu untuk diberikan informasi mengenai penyakit hipertensi.

adanya masalah	
Total	4 2/3

D. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosis keperawatan	Skor
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan	3/3x1=1

II. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Tujuan Khusus	Kriteria	Intervensi
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x60 m diharapkan nyeri yang dirasakan pasien menurun	Diharapkan pasien 5) dapat mengenali penyebab nyeri 6) kemampuan untuk menggunakan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 7) keluhan nyeri menurun 8) dapat menggunakan analgesik secara tepat	Manajemen nyeri: Observasi 6) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 7) Identifikasi skala nyeri 8) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 9) Identifikasi pengetahuan tentang penyebab nyeri (jelaskan tentang penyakitnya: pengertian hipertensi penyebab, tanda dan gejala hipertensi, diet, dan pencegahan) 10) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi nafas dalam) 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (mis. memberikan

teknik relaksasi
nafas dalam)

Edukasi

- 4) Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri
- 5) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)

Kolaborasi

- 2) kolaborasi untuk mengomsumsi obat sesuai indikasi dokter/analgesik bila perlu

Hari	Implementasi	Evaluasi respon
1	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi b. Mdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri c. Mengidentifikasi skala nyeri d. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Mengidentifikasi pengetahuan tentang penyebab nyeri (jelaskan tentang penyakitnya:pengertian hipertensi penyebab,tanda dan gejala hipertensi,diet,dan pencegahan) f. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup g. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.teknik relaksasi nafas dalam) h. mengkontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) i. mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (mis.memberikan teknik relaksasi nafas dalam) 	<p>Ds : Keluarga bpk Lk mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan keluarga bpk Lk menambahkan jika ibu Sb merasa nyeri pada tengkuk P=proses penyakit Q=tertusuk-tusuk R=pada kepala sampe pada tengkuk S=5-6 T=Terus menerus</p> <p>Do : Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk tidak tau tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya Dan tampak wajah ibu Sb meringis dan bersikap protekstif ketika ingin disentuh tengkuknya. TTV TD=160/90 mmHg S=36.7 °C N=80 X/m RR=20 X/m</p>

-
- j. menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri
 - k. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - l. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)
 - m. mengkolaborasi untuk mengomsumsi obat sesuai indikasi dokter/analgesik bila perlu
- 2
- 1) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.teknik relaksasi nafas dalam)
 - Ds** : Keluarga bpk Lk mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan keluarga bpk Lk menambahkan jika ibu Sb merasa nyeri pada tengkuk
 - P=proses penyakit
 - Q=tertusuk-tusuk
 - R=pada kepala sampe pada tengkuk
 - S=5-6
 - T=Terus menerus
 - 2) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - Do** :Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk tidak tau tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya
 - Dan tampak wajah ibu Sb meringis dan bersikap protektif ketika ingin disentuh tengkuknya.
 - TTV
 - TD=160/90 mmHg
 - S=36.7 °C
 - 3) mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (mis.memberikan teknik relaksasi nafas dalam)
 - N=80 X/m
 - RR=20 X/m
 - 4) menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri
 - 5) menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 6) mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)
 - 7) mengkolaborasi untuk mengomsumsi obat sesuai indikasi dokter/analgesik bila perlu

3

- 1) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi nafas dalam)
 - 2) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - 3) mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (mis. memberikan teknik relaksasi nafas dalam)
 - 4) menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri
 - 5) menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 6) mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)
 - 7) mengkolaborasi untuk mengomsumsi obat sesuai indikasi dokter/analgesik bila perlu
- Ds:** Keluarga bpk Lk mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan keluarga bpk Lk menambahkan jika ibu Sb merasa nyeri pada tengkuk
P=proses penyakit
Q=tertusuk-tusuk
R=pada kepala sampe pada tengkuk
S=5-6
T=Terus menerus
- Do:** Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk tidak tau tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya
Dan tampak wajah ibu Sb meringis dan bersikap protekstif ketika ingin disentuh tengkuknya.
TTV
TD=160/90 mmHg
S=36.7 °C
N=80 X/m
RR=20 X/m

III. EVALUASI

NO	Tanggal /jam	Dx keperawatan	Evaluasi respon
1	Senin,13/05/2024 08.32	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan	<p>S : Keluarga bpk Lk mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan keluarga bpk Lk menambahkan jika ibu Sb merasa nyeri pada tengkuk P=proses penyakit Q=tertusuk-tusuk R=pada kepala sampe pada tengkuk S=5-6 T=Terus menerus</p> <p>O : Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk tidak tau tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya Dan tampak wajah ibu Sb meringis dan bersikap protektif ketika ingin disentuh tengkuknya. TTV TD=160/90 mmHg S=36.7 °C N=80 X/m RR=20 X/m</p> <p>A :nyeri akut belum teratasi P :lanjutkan intervensi(1) teknik relaksasi napas dalam) 2) ajarkan kekeluarga atau pasien tentang teknik relaksasi untuk dilakukan sendiri 3) edukasi tentang penyakitnya mis;pecegahan dan diet yang dianjurkan 4) kolaborasi anjurkan untuk minum obat sesuai dengan ancuran dokter)</p>

2	Selasa,14/05/2024 09.21	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan	<p>S : Keluarga bpk Lk mengatakan sudah paham tentang penyakitnya dan ibu Sb mengatakan nyeri pada tengkuk mulai berkurang P=proses penyakit Q=tertusuk-tusuk R=pada kepala sampe tengkuk S=4 T=hilang timbul</p> <p>O : Tampak ketika ditanya keluarga bpk Lk bisa menjelaskan kembali tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami oleh istrinya Dan tampak ibu Sb tenang tidak meringis dan tidak bersikap protektif lagi ketika ingin disentuh area tengkuk dan kepala TTV TD=140/90 mmHg S=36.7 °C N=78 X/m RR=20 X/m</p> <p>A :nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P :intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) teknik relaksasi napas dalam) 2) ajarkan kekeluarga atau pasien tentang teknik relaksasi untuk dilakukan sendiri 3) edukasi tentang penyakitnya mis;pecegahan dan diet yang dianjurkan 4) kolaborasi anjurkan untuk minum obat sesuai dengan ancuran dokter)
---	--------------------------------	--	--

3 Rabu,15/05/2024 13.34 Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

S: ibu sb mengatakan tidak merasakan nyeri pada tengkuk dan sakit kepala

O: Tampak ketika ditanya ibu sb bisa menjelaskan kembali tentang penyakit hipertensi yang sedang dialami olehnya
Dan tampak ibu Sb tenang tidak meringis dan tidak bersikap protektif lagi ketika ingin disentuh area tengkuk dan kepala
TTV
TD=130/80 mmHg
S=36.4 °C
N=76X/m
RR=20 X/m

A:nyeri akut teratasi

P:intervensi di hentikan

V. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012). Pengkajian adalah proses untuk mengumpulkan dan menganalisa data dalam menentukan diagnosa keperawatan. Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg secara kronis. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit syaraf, ginjal, dan pembuluh darah, semakin tinggi tekanannya, maka semakin tinggi pula resikonya (Sylvia A.Price, 2015 dalam Iman, 2019). Jika tekanan darah diatas normal atau hipertensi maka akan cenderung darah yang yang membawa oksigen dan nutrisi tidak akan sampai dengan baik pada bagian tubuh terutama pada bagian kepala sehingga bagian ini akan kekurangan oksigen dan akan memaksa untuk melakukan metabolisme anaerob yang akan menimbulkan nyeri pada bagian kepala dan tengguk. Pada peneliti terdahulu membuktikan bawah teknik relaksasi menjadi salah satu metode untuk membuat pasien rileks dan dapat menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien hipertensi. Teknik relaksasi adalah teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh (Potter & Perry, 2010).

Pada tahap penelitian sebelumnya oleh Niah Rahmayani (2019) didapatkan persamaan antara kasus dan teori, yaitu pada klien memiliki riwayat penyakit hipertensi memaparkan bahwa kliennya mengatakan nyeri pada tengkuk aktif. Dikarenakan stres yang berlebihan adalah salah satu penyebab terjadinya tekanan darah tinggi (Hipertensi). Metode teknik relaksasi nafas dalam telah terbukti menurunkan nyeri yang dirasakan klien selama 3 hari perawatan.

Pada pengkajian peneliti didapatkan klien dengan riwayat hipertensi dengan tekanan darah 160/90 mmHg dengan nyeri pada tengkuk dengan skala 6 dengan diagnosa keperawatan keluarga manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan, peneliti melakukan penelitian selama 3 hari dengan intervensi dan implementasi teknik relaksasi nafas dalam dan telah terbukti nyeri terasi pada hari ketiga, nyeri yang dirasakan menurun dengan skala 3, dan pasien mengenal masalah kesehatannya.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam, 2011).

Diagnosa-diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien. Diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa yang utama karena nyeri jika tidak ditangani segera akan mempengaruhi pola aktivitas sehari-hari klien sehingga mempengaruhi proses penyembuhannya

dan akan mengakibatkan rasa ketidaknyamanan. Hal ini sesuai dengan teori menurut Maslow keamanan/kenyamanan merupakan kebutuhan dasar yang memerlukan penanganan dengan segera agar tidak mengganggu kebutuhan yang lainnya (Perry, 2013).

diagnosa yang di ambil oleh peneliti sesuai kasus pada pasien diatas adalah manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengkoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam, 2011).

Pada intervensi atau rencana, proses keperawatan setelah data terkumpul, di analisa dan ditentukan rencana keperawatan. Perencanaan juga disusun berdasarkan prioritas masalah, tujuan dari tindakan, penentuan kriteria hasil dan rencana tindakan pada masing-masing diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan yang penulis susun dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dari Nurarif (2015). Pada pelaksanaannya disesuaikan dengan kasus dan kebutuhan klien. SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan pada saat merumuskan tujuan keperawatan dan kriteria hasil. Sedangkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) digunakan sebagai referensi dalam merumuskan intervensi keperawatan.

Penentuan intervensi keperawatan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dengan mempertimbangkan jenis intervensi/tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi klien, penilaian efektivitas dan efisiensi

keberhasilan mengatasi masalah klien. Pada karya ilmiah akhir ini menggunakan beberapa 70 intervensi salah satunya adalah ajarkan klien teknik pengendalian nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam dan berkolaborasi dengan medis untuk pemberian analgesic (dexketoprofen) untuk mengatasi nyeri hal ini dilakukan oleh penulis dikarenakan nyeri yang dialami oleh klien sudah termasuk nyeri berat dengan skala 5-6 hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Vitaloka, 2019) bahwa Obat non-antibiotik yang digunakan golongan antiinflamasi sebesar 36%. Obat yang digunakan yaitu asam mefenamat, natrium diklofenak, dexketoprofen. Salah satu kandungan Natrium diklofenak telah memberi peran sebagai analgesi yang efektif. Natrium diklofenak menjadi analgesik yang efektif dinilai oleh pengurangan skor nyeri.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011).

Strategi pelaksanaan yang penulis gunakan dalam memberikan tindakan keperawatan khususnya untuk mengatasi masalah keperawatan utama pada Ny. sb yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam

Menurut Amilia (2013), mengatakan bahwa intensitas nyeri setelah dilakukan intervensi mengalami penurunan karena dapat melancarkan aliran darah serta menurunkan ketegangan otot.

Implementasi keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 13-15 Mei 2024. Secara umum, intervensi yang telah direncanakan pada diagnosa keperawatan dapat diimplementasikan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi intervensi yang diberikan bersifat kolaborasi pemberian analgesic dikarenakan nyeri yang dialami oleh pasien sudah masuk ke tahap nyeri berat dengan skala nyeri 5-6 sehingga penulis berinisiatif untuk melakukan kolaborasi pemberian analgesic hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Wahyuni, 2020) bahwa penatalaksanaan hipertensi yang dilakukan ialah mengkonsumsi obat anti hipertensi yaitu Kaptopril 25 mg, tetapi setelah dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil bahwa nilai tekanan darah yaitu 160/110 mmHg yang berarti Penatalaksanaan hipertensi dengan obat-obatan dan diet sering mengalami ketidakberhasilan karena kurangnya kepatuhan keluarga dalam minum obat.

Dalam pelaksanaan, penulis tidak mempunyai hambatan dari pihak klien maupun keluarga. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari sesuai dengan rencana intervensi yang telah direncanakan. 72 Kekuatan dari implementasi ini adalah saat penulis melakukan tindakan keperawatan, klien menerima tindakan keperawatan yang dilakukan penulis dan keluarga klien dapat diajak bekerjasama dalam membantu proses penyembuhan klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi intervensi (Nursalam, 2011).

Evaluasi keperawatan pada karya ilmiah akhir ini dilakukan selama 3 hari. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk mengakhiri, memodifikasi, atau meneruskan rencana tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien dengan terlebih dahulu menganalisa masalah kesehatan klien apakah tidak teratasi, teratasi sebagian atau masalah teratasi dengan membandingkan antara tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rencana asuhan keperawatan dengan evaluasi keperawatan.

evaluasi yang di dapatkan oleh peneliti selama 3 hari dengan intervensi dan implementasi teknik relaksasi napas dalam pada pasien selama perawatan di dapatkan hasil masalah teratasi pada hari ketika sesuai dengan kriteria hasil yang telah di rencanakan yaitu nyeri menurun dan pasien mengetahui penyakitnya