

### BAB III

#### LAPORAN KASUS

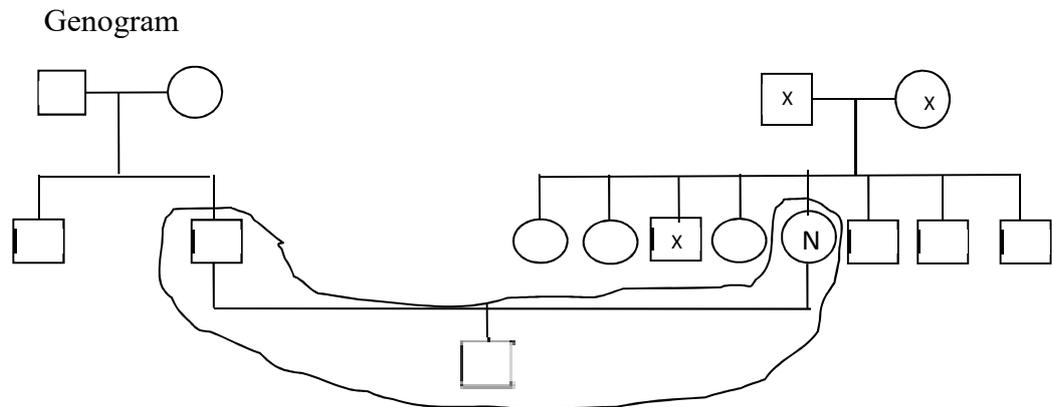
#### ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.S DENGAN HIPERTENSI

##### A. Data Umum

1. Nama (KK) : Tn. S
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat, tanggal lahir : Lampung Tengah, 20 Juli 1976
4. Pendidikan terakhir : SMP
5. Alamat dan Telp : RT.001 RW.005 Tiyuh Balam Asri
6. Status kesehatan : Sehat
7. Komposisi :

Tabel 3.1 Komposisi keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Tempat, TTL	Pendidikan Terakhir	Status Kesehatan
1	Ny. N	Perempuan	Istri	Lampung Tengah, 11 Mei 1980	SD	Sakit
2	An. A	Laki-laki	Anak	Tulang Bawang, 11 Mei 2002	SMK	Sehat



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

- |                |             |                |                         |
|----------------|-------------|----------------|-------------------------|
| O              | : Perempuan | —              | : Keturunan             |
| □              | : Laki-laki | ○              | : Tinggal dalam 1 rumah |
| □ <sub>x</sub> | : Meninggal | ○ <sub>N</sub> | : Pasien                |

#### 8. Tipe keluarga

Keluarga Tn. S memiliki keluarga dengan tipe Tn. S inti (Nuclear Family) dengan 1 orang suami, 1 orang istri 1 orang anak.

#### 9. Suku Bangsa

Tn. S dan Ny. N sama-sama berasal dari suku Jawa, bahasa yang mereka gunakan sehari-harinya adalah bahasa jawa baik antara anggota Tn. S maupun dengan tetangga sekitar.

#### 10. Agama

Agama yang dianut oleh keluarga Tn. S adalah Islam. Anggota Tn. S tidak ada perbedaan keyakinan dan perbedaan praktek ibadah, Tn. S dan Ny. N selalu menjalankan ibadah sesuai dengan aturan dan

jadwalnya. Seperti melaksanakan sholat 5 kali sehari dan kadang-kadang mengikuti Acara pengajian. Agama dianggap oleh Tn. S Ny. N adalah sebagai landasan dasar atas keyakinan dan nilai yang mempengaruhi kehidupan Tn. S.

#### 11. Status Sosial Ekonomi

Ny. N bekerja sebagai ibu rumah tangga untuk mengurus keperluan suami. Sedangkan Tn. S suami ibu S bekerja sebagai wirausaha dengan penghasilan kurang lebih Rp. 1.500.000/bulan, dengan status ekonomi menengah kebawah.

#### 12. Aktivitas Rekreasi

Ny. N jarang sekali melakukan rekreasi ketempat hiburan. Saat santai di rumah Tn. S sering duduk berkumpul bersama dan berkumpul dengan tetangga sekitar.

### **B. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**

#### 1. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini :

Tahap perkembangan dengan anak remaja dengan tugas perkembangan sebagai berikut :

- a. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.
- b. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
- c. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak.

## 2. Tugas Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi

Tn. S memenuhi tugasnya sebagai kepala rumah tangga dan Ny. N sebagai ibu rumah tangga. Tn. S mengatakan untuk keperluan sehari-hari mencoba untuk mengatasi masalah keuangan yang dihadapi, Tn. S mengatakan tugas yang belum terpenuhi adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.

## 3. Riwayat keluarga Inti

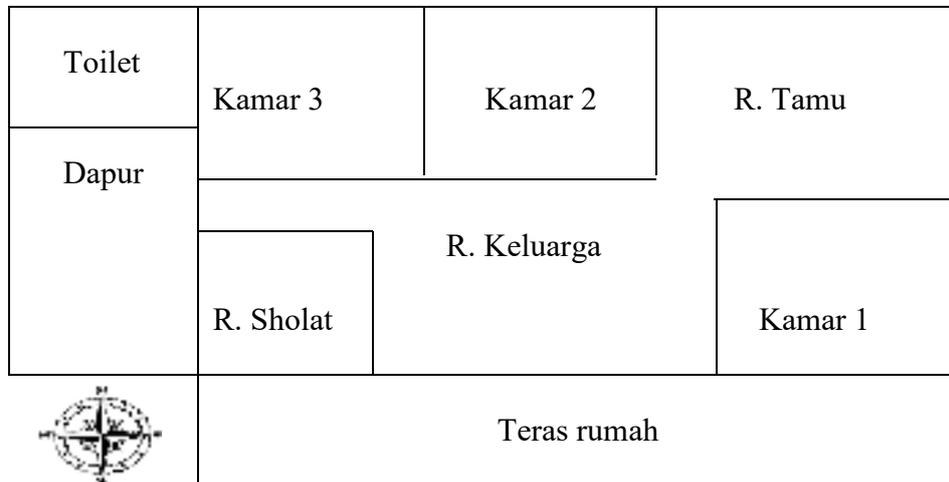
Pada saat dilakukan pengkajian, Tn. S mengatakan saat menikah dengan Ny. N masih sama-sama muda dan atas dasar suka sama suka, setelah menikah mereka dikaruniai 1 orang anak. Ny. N mengatakan sering merasakan nyeri/sakit kepala, pusing dan kuduk terasa berat, jantung sering berdebar-debar, Ny. N mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk (skala nyeri 5). Ny. N mengatakan tidak mengetahui penyebab penyakit yang dideritanya. Setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah Ny. N adalah 150/100 mmhg.

## 4. Riwayat kesehatan Keluarga Sebelumnya

Orang tua dari Tn. S hidup semua, diketahui tidak ada yang menderita penyakit bawaan, orang tua Ny. N sudah meninggal semua, dan diketahui ibunya juga menderita sakit hipertensi.

## C. Keadaan Lingkungan

### 1. Karakteristik Rumah



Gambar 3.2 Denah Rumah

Tipe rumah yang ditempati Tn. S adalah rumah permanen dan milik sendiri. Rumah terdiri dari 1 ruang tamu, 3 buah kamar, 1 ruang sholat, 1 ruang dapur, dan kamar mandi/wc gabung jadi satu. Rumah berlantai semen, memiliki ventilasi dan berfungsi dengan baik. Begitupun halnya dengan pencahayaan, rumah ini setiap kamar ada dua jendela kecil. Dengan hal ini terlihat jelas bahwa rumah sudah cukup terpapar dengan cahaya matahari. Tn. S memiliki tempat penampungan air untuk memasak. Untuk keperluan sehari-hari seperti mencuci, mandi menggunakan air sumur. Tn. S Ny. N membuang sampah setiap 2x seminggu, sampah dibuang kebelakang rumah dengan cara sampah dibakar lalu di timbun. Untuk septik tank jarak dari sumber air bersih cukup jauh (> 10 meter). Disekitar rumah terlihat lingkungan yang kurang bersih karna banyak ditumbuhi rumput dan kurang terawat, lingkungan jauh dari polusi udara dan jauh dari bahaya.

## 2. Mobilitas Geografis Keluarga

Ny. N merupakan warga Rt. 003 tiyuh Balam Asri yang merupakan warga pendatang (transmigrasi) dan memiliki tempat tinggal rumah pribadi dan Tn. S mampu bersosialisasi dengan warga sekitar.

## 3. Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Suami istri sering berkumpul bersama. Tn. S dan Ny. N biasanya melaksanakan ibadah di rumah. Tn. S memandang positif dan senang dengan kegiatan yang telah dilakukan di Rt. 003.

## 4. Sistem Pendukung Keluarga

Ny. N berperan sebagai pendukung dan apabila merasa ada masalah atau kesulitan Tn. S selalu membagi atau menceritakan dengan anggota Tn. S lainnya.

### **D. Struktur Keluarga**

#### 1. Pola Komunikasi Keluarga

Pola komunikasi yang digunakan oleh Ny. N yaitu komunikasi dengan sifat terbuka antara suami istri. Setiap ada masalah pasti dibicarakan dan di pecahkan secara bersama sebelum mengambil keputusan. Biasanya keputusan di ambil oleh Tn. S.

#### 2. Struktur Peran Keluarga

##### a. Tn. S

Formal : Tn. S tidak memiliki peran apapun di masyarakat.

Informal : Tn. S berperan sebagai kepala keluarga, dan bertanggung jawab dalam menafkahi keluarganya, pembimbing bagi istri dan anaknya. Pada posisi ini Tn. S tidak ada masalah yang ditemukan dan menyadari bahwa semua itu harus dijalani dan ia pun menjalankan perannya dengan baik.

b. Ny. N

Formal : Ny.N tidak memiliki peran apapun di masyarakat.

Informal : Ny.N berperan sebagai ibu rumah tangga, menjaga dan merawat suami dan anaknya. Dalam menjalankan peran ini Ny. N tidak memiliki masalah dan ia mampu dengan baik menjalankan peranannya, dan juga berperan dalam mengatur kebutuhan rumah tangga.

3. Nilai & Norma Keluarga

Nilai kebudayaan yang dianut oleh Tn. S yaitu budaya Jawa, Tn. S sangat mendukung nilai dan norma budaya mereka seperti saling menghormati dengan satu sama lain dan berpakaian yang sopan. Tn. S menganut nilai – nilai tersebut secara sadar dan tidak ada konflik.

**E. Fungsi Keluarga**

1. Fungsi Afektif

Semua anggota Keluarga Tn.S saling menyayangi satu sama lain. Tempat tinggal saudara ada yang dekat dan ada yang jauh. Namun Jika

ada kesusahan dalam keluarga Tn.S, saudara -saudaranya sangat membantu.

## 2. Fungsi Sosial

Tn. S selalu memperhatikan anggota keluarganya satu sama lain, saling mendukung. Ny. N selalu memenuhi kebutuhan rumah tangga seperti memasak, menyuci dan membersihkan rumah dan menyiapkan keperluan suaminya.

## 3. Fungsi Reproduksi

Tn. S hanya memiliki 1 orang anak yang telah berusia 19 tahun, Ny. Mengatakan tidak ingin menambah anak.

## 4. Fungsi Perawatan Kesehatan

### a. Kemampuan mengenal masalah kesehatan

Tn. S mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit istrinya, Ny. N mengetahui kalau ia terkena tekanan darah tinggi/hipertensi karena pernah diinformasikan sebelumnya oleh bidan saat berobat. Ny. N mengatakan bahwa dirinya menderita hipertensi kurang lebih sejak 5 tahun yang lalu.

### b. Kemampuan memutuskan untuk merawat

Tn. S mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara merawat anggota keluarganya yang sakit terutama Ny. S, jika Ny. N mengeluh sakit kepala Tn. S menyarankan untuk beristirahat.

c. Kemampuan merawat anggota yang sakit

Ny. N mengatakan apabila sakit kepala, pusing dan kuduk terasa berat ia mengosumsi obat tradisional seperti kunyit putih yang direbus. Tn. S mengatakan jarang memeriksakan kesehatan istrinya ke Puskesmas. Ibu N mengatakan selama ini kurang memperhatikan diet, masih mengkomsumsi makanan berminyak dan tidak membatasi/mengurangi konsumsi makanan asin / garam. Ibu N mengatakan jarang malakukan olahroga hanya melakukan aktifitas sehari-hari seperti memasak, mencuci dan membersihkan rumahnya.

d. Kemampuan memelihara atau memodifikasi lingkungan

Keluarga Tn.S tampak belum bisa memanfaatkan dan memodifikasi lingkungan yang ada di sekitar rumah. Ny. N juga mengatakan disekitar rumah nya banyak anak-anak yang bermain disekitar rumahnya. Dan Ny. N mengatakan kepalanya terasa pusing bila mendengarkan suara keras atau keributan disekitar rumahnya. Tn. S menghimbau warga sekitar untuk supaya tidak membuat keributan dan jika ada keributan yang tidak dapat dihindari Bpk S membawa Ny. N ke rumah kerabat/ keluarga yg lain.

e. Kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan

Ny. N mengatakan jarang sekali pergi ke puskesmas, sehingga penyakit hipertensi yang dideritanya tidak terkontrol,

Ny.N mengatakan tidak melakukan cek tekanan darah secara rutin, hanya melakukan cek tekanan darah jika timbul keluhan.

#### **F. Stres dan Koping Keluarga**

1. Stressor yang dimiliki Keluarga (jangka pendek) :

Tn.S dan Ny. N merasa khawatir jika sakit tidak sembuh - sembuh, atau bertambah parah bila tidak di obati.

2. Stressor jangka panjang :

Tn. S Ny. N mengatakan hampir tidak pernah mengalami stres dalam jangka panjang.

3. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor :

Jika ada masalah dalam keluarga biasanya didiskusikan bersama suami. Apabila perlu nasihat biasanya keluarga Tn. S minta nasihat kepada orangtua atau saudara – saudaranya

4. Strategi koping yang digunakan keluarga :

Tn. S mengatakan jika ada masalah selalu mendiskusikan dalam keluarga sehingga masukan keluarga dapat membantu menyelesaikan masalahnya.

5. Strategi koping disfungsional

Dari hasil pengkajian didapatkan adanya cara – cara keluarga dalam mengatasi masalah maladaptif.

## G. Harapan Keluarga

Keluarga Tn. S mengharapkan agar petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan terhadap mereka dan membantu bila Tn. S mengalami kesulitan dalam hal kesehatan semaksimal mungkin.

## H. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.2 Pemeriksaan Fisik

No	Nama	TD	Nadi	Nafas	Suhu	BB	TB
		(mmHg)	(x/menit)	(x/menit)	(°C)	(kg)	(cm)
1	Tn. S	110/90	83	20	36,4	65	160
	Pemeriksaan Fisik	Jantung : S1 S2 tidak ada suara tambahan Paru-paru : vesikuler, tak ada retraksi dinding dada Abdomen : tak ada nyeri tekan, bising usus 11x/menit Ekstremitas : tonus otot 5, tak ada keterbatasan gerak Kulit : turgor elastis, akral hangat , tak ada lesi					
2	Ny. N	150/100	80	20	36,7	77	151
	Pemeriksaan Fisik	Jantung : S1 S2 tidak ada suara tambahan Paru-paru : vesikuler, tak ada retraksi dinding dada Abdomen : tak ada nyeri tekan, bising usus 9 x/menit Ekstremitas : tonus otot 5, tak ada keterbatasan gerak Kulit : turgor elastis, akral hangat , tak ada lesi					
3	An. A	105/70	80	22	36,1	60	162
	Pemeriksaan Fisik	Jantung : S1 S2 tidak ada suara tambahan Paru-paru : vesikuler, tak ada retraksi dinding dada Abdomen : tak ada nyeri tekan, bising usus 11x/menit Ekstremitas : tonus otot 5, tak ada keterbatasan gerak Kulit : turgor elastis, akral hangat , tak ada lesi					

## I. Analisis Data

Tabel 3.3 Analisi Data

Data	Masalah Keperawatan
DS: ✓ Tn.S mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara merawat anggota keluarganya yang sakit terutama Ny.N ✓ Tn.S mengatakan jarang memeriksakan kesehatan istrinya ke Puskesmas. ✓ Ny.N mengatakan bahwa dirinya menderita hipertensi kurang lebih sejak 5 tahun yang lalu. ✓ Ny.N mengatakan sering merasakan sakit kepala, pusing dan kuduk terasa berat. ✓ Ny.N mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk  DO:	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tn.S terlihat tidak mampu melakukan perawatan</li> <li>• Tn.S terlihat bingung pada saat ditanya tentang cara merawat Ny. N</li> <li>• Saat diwawancara Tn. S terlihat sibuk melakukan aktifitas/ pekerjaan rumah</li> <li>• Tidak ada dukungan dari keluarga untuk kontrol rutin dalam pengendalian hipertensinya.</li> </ul>	
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Ny.N mengatakan tidak melakukan cek tekanan darah secara rutin, hanya hanya melakukan cek tekanan darah jika timbul keluhan.</li> <li>➢ Ny. N mengatakan tidak mengetahui penyebab penyakit yang dideritanya.</li> <li>➢ Ibu N mengatakan selama ini kurang memperhatikan diet, masih mengkomsumsi makanan berminyak dan tidak membatasi/ mengurangi konsumsi makanan asin /garam.</li> <li>➢ Ibu N mengatakan jarang melakukan olahraga</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Tn.S dan Ny.N merasa khawatir jika sakit tidak sembuh – sembuh, atau bertambah parah bila tidak di obati.</li> <li>➢ TD : 150/100 mmHg</li> </ul>	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

#### J. Diagnosa Keperawatan

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif.

#### K. Penilaian (*Skoring*) Diagnosa Keperawatan (skore/skore tertinggi x Bobot)

Tabel 3.4 Penilaian (*Skoring*) Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria	Bobot	Score	Pembenaran
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	1. Sifat masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tn.S mengatakan jarang memeriksakan kesehatan istrinya ke Puskesmas.</li> <li>✓ Ny.N mengatakan tidak melakukan cek tekanan darah secara rutin, hanya hanya melakukan cek tekanan darah jika timbul keluhan.</li> </ul>
		2. Kemungkinan untuk diubah Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0	2	$2/2 \times 2 = 2$	Masalah masih mudah untuk diubah dengan memberikan pengetahuan pentingnya memanfaatkan pelayanan kesehatan dan kontrol rutin untuk hipertensi.
		3. Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Potensial masalah dapat dicegah tinggi apabila segera diberikan penjelasan

		4. Menonjolnya masalah masalah Segera ditangani = 2 Tidak perlu segera ditangani = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Karena masalah terjadi maka harus segera dilakukan penyuluhan agar hipertensi tidak memburuk
	<b>Total skor</b>			4 2/3	
2	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	1. Sifat masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	- Ketika dilakukan pemeriksaan tekanan darah klien 150/100 mmHg. - Ibu N mengatakan selama ini kurang memperhatikan diet, masih mengkonsumsi makanan berminyak dan tidak membatasi/ mengurangi konsumsi makanan asin / garam. - Ibu N mengatakan jarang melakukan olahroga
		2. Kemungkinan untuk diubah Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	Masalah kemungkinan untuk diubah sebagian karena kurangnya dukungan keluarga.
		3. Potensial untuk dicegah Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah dapat diubah dengan melakukan perubahan lifestyle, diet garam dan rutin berolahraga.
		4. Menonjolnya masalah Segera ditangani = 2 Tidak perlu segera ditangani = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Karena masalah terjadi maka harus segera diatasi dan dilakukan penyuluhan
	<b>Total skor</b>			4	

## **L. Prioritas Diagnosa Keperawatan**

1. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.
2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif.

Tulang Bawang Barat, 4 Oktober 2023  
Mahasiswa

**(SRI WAHYUONO, S.Kep.)**  
**NIM : 2022207209564**

## M. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria Batasan Karakteristik	SDKI		SLKI		SIKI	
		Dx.Kep	Kode	Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1	Respon verbal : Keluarga mampu merawat anggota keluarga	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	(D.0115)	<p><b>TUK 1</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keluarga Tn. S mampu mengenal masalah kesehatan Tn. M Dengan kriteria Hasil :</p> <p><b>Luaran : Tingkat Pengetahuan</b> yaitu kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan ekspektasi meningkat dari 2 (cukup menurun) 3 (sedang )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar</li> <li>3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</li> <li>4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik</li> <li>5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan</li> <li>6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi</li> <li>7. Persepsi yang keliru terhadap masalah</li> </ol>	(L.12111)	<p>Keluarga Tn. S mampu mengenal masalah kesehatan Ny. N</p> <p><b>Intervention: Edukasi Proses Penyakit</b> yaitu memberikan informasi tentang mekanisme munculnya penyakit dan menimbulkan tanda dan gejala yang mengganggu kesehatan tubuh pasien.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit</li> <li>- Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit</li> <li>- Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</li> <li>- Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala</li> </ul>	(1.12444)

				8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat		yang dirasakan - Informasikan kondisi pasien saat ini - Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa	
2				<p><b>TUK 2</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn. S mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan Tn. M dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Luaran: Pemeliharaan Kesehatan</b> yaitu kemampuan mengidentifikasi ,mengelola dan menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan meningkat dari 2 (cukup menurun) menjadi 4 cukup meningkat ) dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan perilaku adaptif</li> <li>2. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat</li> <li>3. Kemampuan menjalankan perilaku sehat</li> <li>4. Perilaku mencari bantuan</li> <li>5. Menunjukkan minat</li> <li>6. meningkatkan perilaku sehat</li> <li>7. Memiliki sistem pendukung</li> </ol>	(L.12106)	<p>Keluarga Tn. S mampu mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dialami Ny. N</p> <p><b>Intervensi: Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan</b> yaitu memfasilitasi perencanaan penatalaksanaan perawatan kesehatan keluarga.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan</li> <li>- Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga</li> <li>- Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga</li> <li>- Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan</li> <li>- Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga</li> <li>- Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal</li> </ul>	(1.13477)

						<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga</li> <li>- Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada</li> <li>- Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga</li> </ul>	
3			<p><b>TUK 3</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn.S mampu memberikan perawatan bagi Ny.N yang mempunyai masalah kesehatan nyeri akut</p> <p><b>Luaran: Tingkat nyeri</b> yaitu Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Tingkat nyeri menurun 2 (cukup meningkat) menjadi 4 (cukup menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. Meringis</li> <li>3. Sikap protektif</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Kesulitan tidur</li> <li>6. Perasaan cemas</li> </ol>	(L.08066)	<p>Keluarga Tn.S mampu memberikan perawatan bagi Ny.N</p> <p><b>Intervention: manajemen nyeri</b> yaitu mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul>	(1.08238)	

				<p><b>Luaran: kontrol nyeri</b> yaitu tindakan meredakan pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. kontrol nyeri meningkat dari 2 (cukup menurun) menjadi 4 (cukup meningkat) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaporkan nyeri terkontrol</li> <li>2. Kemampuan mengenali onset nyeri</li> <li>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri</li> <li>4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis</li> <li>5. Dukungan orang terdekat</li> </ol>	<p><b>(L.08063)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi akupresur.</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi Istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p><b>Intervensi: Akupresure</b> yaitu memberikan dan mengajarkan teknik akupresure untuk meredakan nyeri menurunkan tekanan darah, meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tingkat nyeri, stres, kecemasan, dan alam perasaan sebelum dan sesudah terapi</li> <li>- Monitor ketidaknyamanan sebelum dan setelah pemberian</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor masalah yang terjadi saat pemberian terapi</li> <li>- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah terapi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilih posisi yang paling nyaman</li> <li>- Pilih tingkat penekanan yang nyaman</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan cara akupresure yang tepat pada pasien dan keluarga dengan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasikan cara memberikan penekanan yang tepat</li> </ul>	
4				<p><b>TUK 4</b> Setelah dilakukan keperawatan, keluarga Tn. S mampu memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan Ny. N dengan kriteria hasil kesiapan peningkatan manajemen kesehatan :</p> <p><b>Luaran: Perilaku Kesehatan</b> yaitu Kemampuan dalam Mengubah gaya hidup atau perilaku untuk memperbaiki status kesehatan. Perilaku kesehatan meningkat dari 2 (cukup menurun ) menjadi 4 (cukup meningkat )</p>	<p><b>(L.12107)</b></p> <p>Keluarga Tn.S mampu memodifikasi lingkungan untuk meminimalisir masalah kesehatan yang dialami Ny. N</p> <p><b>Intervensi: Manajemen lingkungan</b> yaitu memfasilitasi dan mengelola lingkungan untuk mendapatkan manfaat terapeutik,stimulasi sensorik , dan kesejahteraan psikologis</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi keamanan dan kenyamanan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur posisi furniture dengan rapi dan terjangkau</li> <li>- Atur suhu lingkungan yang sesuai</li> </ul>	<b>(1.14514)</b>

				<p>dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan terhadap perubahan status kesehatan</li> <li>2. Kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan</li> <li>3. Kemampuan peningkatan kesehatan</li> <li>4. Pencapaian pengendalian Kesehatan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan ruang berjalan yang cukup dan aman</li> <li>- Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>- Ganti pakaian secara berkala</li> <li>- Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari atau cahaya yang tidak perlu</li> <li>- Izinkan membawa benda-benda yang disukai dari rumah</li> <li>- Izinkan keluarga untuk tinggal mendampingi pasien</li> <li>- Fasilitasi penggunaan barang-barang pribadi (mis, pakaian, perlengkapan mandi)</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga/ pengunjung tentang upaya pencegahan komplikasi</li> </ul> <p><b>Intervention: Promosi perilaku upaya kesehatan</b> yaitu meningkatkan perubahan perilaku penderita/klien agar memiliki kemauan dan kemampuan yang kondusif bagi kesehatan secara menyeluruh baik bagi lingkungan maupun masyarakat sekitarnya.</p> <p>Observasi Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan</li> <li>- -Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat</li> </ul>	(1.12472)
--	--	--	--	--	--	-----------

					<p>dimanfaatkan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan makan sayur dan buah setiap hari</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari</li> <li>- Anjurkan tidak merokok di dalam rumah</li> <li>- Anjurkan untuk rutin cek tekann darah</li> </ul>	
5			<p><b>TUK 5</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Keluarga Tn.S mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Luaran: Status Kesehatan Keluarga</b> yaitu kondisi kesejahteraan fisik,mental dan sosial keluarga meningkat dari 2 (cukup menurun ) menjadi 4 (cukup meningkat) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan fisik anggota keluarga</li> <li>2. Akses fasilitas kesehatan</li> <li>3. Skrining kesehatan anggota keluarga sesuai usia</li> <li>4. Sumber perawatan kesehatan</li> <li>5. Sumber pelayanan sosial</li> </ol>	(L.12108)	<p>Keluarga Tn.S mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk meminimalisir masalah kesehatan yang dialami</p> <p><b>Intervensi: Rujukan Layanan Masyarakat</b> yaitu menyusun penatalaksanaan lebih lanjut layanan kesehatan dan keperawatan kepada sumber pelayanan kesehatan yang lebih lengkap bagi individu, keluarga dan kelompok masyarakat.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat</li> <li>- Identifikasi masalah kesehatan individu, keluarga dan kelompok masyarakat</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi memutuskan pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan tujuan rujukan</li> <li>- Fasilitasi individu, keluarga dan kelompok mempersiapkan proses rujukan (mis administrasi, informasi/data kesehatan)</li> <li>- Berikan Informasi yang akurat kepada institusi layanan yang dituju Fasilitasi proses tindak lanjut di msyarakat setelah rujukan</li> <li>- Lakukan proses dokumentasi secara lengkap</li> </ul>	(1.12474)

						Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur rujukan	
--	--	--	--	--	--	---	--

## N. CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Keperawatan

No	Dx. Kep	Tanggal/jam	Implentasi	Evaluasi
Hari ke 1				
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	6 Oktober 14.00 wib	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. (TUK 1)</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala, penyebab, komplikasi hipertensi. (TUK 1)</li> <li>3. Menjelaskan dampak yang terjadi jika tidak rutin kontrol penyakitnya. (TUK 1)</li> <li>4. Mengajukan untuk rutin cek tekanan darah. (TUK 4)</li> <li>5. Menjelaskan tentang Terapi akupresure terhadap penurunan tekanan darah pada hipertensi. (TUK 3)</li> <li>6. Memberikan kesempatan untuk bertanya. (TUK 1)</li> <li>7. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. (TUK 1)</li> </ol>	<p>Pukul : 14. 30 wib</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan mulai memahami pengertian, tanda gejala, penyebab, komplikasi hipertensi</li> <li>- Keluarga mengatakan mulai memahami dampak yang terjadi jika tidak rutin kontrol penyakitnya</li> <li>- Klien mengatakan akan rutin cek tekanan darah</li> <li>- Keluarga mengatakan memahami tentang manfaat terapi akupresure yang sudah dijelaskan</li> <li>- Keluarga mengatakan mulai memahami cara pemijatan terapi akupresure</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga bertanya tentang cara pemijatan terapi akupresure</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>
Hari ke 2				
2	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	7 Oktober 15.00 wib	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer nyeri (TUK 3)</li> </ol> <p>P: Klien mengatakan sering sakit kepala.</p> <p>Q: Klien mengatakan sakit kepala yang dirasakan seperti</p>	<p>Pukul 15.45 wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah diberikan terapi akupresure klien mengatakan sakit kepala sedikit berkurang</li> <li>- Klien mengatakan nyeri di skala 5 (skala nyeri 0-10)</li> </ul> <p>O :</p>

			<p>tertusuk-tusuk</p> <p>R: Klien mengatakan nyeri dirasakan di kepala bagian belakang dan leher.</p> <p>S: Klien mengatakan skala nyeri 5 (Skala nyeri 0-10)</p> <p>T: - Klien mengatakan sakit kepalanya hilang timbul - Klien mengatakan jantung berdebar-debar</p> <p>2. Memonitor tekanan darah TD : 150/100 mmHg (TUK 3)</p> <p>3. Memberi terapi akupresure (TUK 3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganjurkan untuk rileks</li> <li>• Memeriksa kontraindikasi : Klien tidak ada infeksi, penyakit jantung.</li> <li>• Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan</li> <li>• Memeriksa tempat yang sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari : pada punggung tangan tidak ada luka</li> <li>• Mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai : tekanan darah menurun dan nyeri berkurang.</li> <li>• Menentukan teknik akupuntur, sesuai dengan hasil yang dicapai : di atas lipatan ibu jari dan jari telunjuk.</li> <li>• Mengoleskan minyak zaitun untuk menghindari luka lecet akibat tekanan.</li> <li>• Merangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</li> <li>• Menekan bagian otot yang tegang hingga rileks atau nyeri menurun, sekitar 30 kali dan untuk melemaskan lakukan tekanan sebanyak 40-60 kali</li> <li>• Melakukan penekanan pada kedua ekstremitas</li> </ul>	<p>- Tekanan darah klien masih 150/100 mmHg.</p> <p>- Keluarga kooperatif: tampak memperhatikan cara pemijatan terapi akupresure</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi terapi akupresur</p>
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresure secara mandiri</li> </ul> <p>4. Kolaborasi: pemberian analgetik jika diperlukan. (TUK 3)</p>	
Hari ke 3				
3	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	8 Oktober 10.30 wib	<p>1. Memonitor (TUK 3) tekanan darah TD : 150/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan untuk rileks</li> <li>Memeriksa kontraindikasi : Klien tidak ada infeksi, penyakit jantung.</li> <li>Memeriksa tingkat kenyamanan psikologis dengan sentuhan</li> <li>Memeriksa tempat yang sensitif untuk dilakukan penekanan dengan jari : pada punggung tangan tidak ada luka</li> <li>Mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai : tekanan darah menurun dan nyeri berkurang.</li> <li>Menentukan teknik akupuntur,sesuai dengan hasil yang dicapai : di atas lipatan ibu jari dan jari telunjuk.</li> <li>Mengoleskan minyak zaitun untuk menghindari luka lecet akibat tekanan.</li> <li>Merangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</li> <li>Menekan bagian otot yang tegang hingga rileks atau nyeri menurun,sekitar 30 kali dan untuk melemaskan lakukan tekanan sebanyak 40-60 kali</li> <li>Melakukan penekanan pada kedua ekstremitas</li> <li>Mengajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresure secara mandiri</li> </ul> <p>3. Kolaborasi : pemberian analgetik jika diperlukan. (TUK 3)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Setelah diberikan terapi akupresure klien mengatakan sakit kepala berkurang</li> <li>Klien mengatakan nyeri di skala 3 (skala nyeri 0-10)</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah klien 140/90 mmHg.</li> <li>Keluarga kooperatif : keluarga mampu mengikuti pemijatan terapi akupresure</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi terapi akupresur yang dibantu oleh keluarga</p>