

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 21 Febuari 2022

1. Data Umum

a. Identitas Keluarga

Nama KK : Tn.H
Umur : 37 Tahun
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Suku : Ogan
Alamat : Talang Surabaya RT/RW 001/004 Bandar Putih
Kecamatan Kotabumi Selatan
Kabupaten Lampung Utara

b. Komposisi keluarga

Tabel 3.1

Komposisi Keluarga

No	Nama	Umur	Status	Keterangan
1.	Ny.L	35 Tahun	Istri	Sakit (kasus)
2.	Tn.H	37 Tahun	Suami	Sehat
3.	Nn.F	7 Tahun	Anak	Sehat

2. Data dukung lainnya

Transportasi keluarga : Motor
Fasilitas pelayanan kesehatan : Puskesmas Kotabumi II
Jarak unit pelayanan kesehatan : ±7 Km melalui jalan raya
Transportasi ke unit pelayanan kesehatan : Motor
Sarana komunikasi dalam lingkungan : Telp genggam (HP)

3. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga

Fokus utama pada yang sakit

- a. Diagnosa medis : Hipertensi.
- b. Riwayat perawatan : Klien mengatakan saat sakit klien berobat dilayanan kesehatan seperti puskesmas Ny.L mengalami hipertensi sejak hamil anak pertama klien mengalami hipertensi.
- c. Riwayat pengobatan : Amlodipine 5 mg/hari, obat hipertensi yang dikonsumsi Ny.L saat sakit.
- d. Gangguan Kesehatan : Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan pusing Nyeri terasa seperti berdenyut denyut dengan skala nyeri 6 (0-10) tengkuk terasa berat, meringis jika merasakan nyeri, sulit untuk tidur, tidur 5 jam perhari, aktifitas masih dilakukan secara mandiri oleh klien tetapi klien takut akan terjatuh dan dapat berakibat fatal.
- e. Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia
 - 1). Bio-Fisiologis
Saat kunjungan ke rumah klien, Ny.L sedang duduk diruang tamu, klien mengatakan sakit kepala, nyeri seperti berdenyut-denyut, klien habis memasak, mengonsumsi makanan asin, mengeluh pundak terasa seperti tertimpa benda berat, klien tampak terlihat lelah, komunikasi masih lancar, makan dan minum masih normal (frekuensi 3x sehari, nafsu makan biasa).
 - 2). Aman-Nyaman
Klien Mengatakan tidak nyaman karena sakit kepala nyeri seperti berdenyut -denyut, pundak terasa berat dan takut terjatuh.
 - 3). Kasih sayang
Pada saat dilakukan wawancara pada keluarga, mereka mengatakan mendukung upaya perawatan Ny.L hingga kondisi kesehatan membaik dan klien merasakan cukup mendapat perhatian keluarga.

4). Harga diri

Klien mengatakan tidak merasakan diremehkan karena dalam keluarga klien masih berperan sebagai ibu dari anak-anaknya dan keluarga mendukung dengan baik.

5). Aktualisasi diri

Ny.L masih bisa melakukan aktifitas sehari-hari seperti memasak dan membersihkan rumah, hanya saja ketika penyakit Ny.L kambuh klien merasa tidak nyaman dengan keadaan yang dirinya rasakan.

6). Istirahat dan tidur

Pada saat dilakukan wawancara klien mengatakan sulit tidur, sering terbangun pada malam hari ke sering tidur larut malam karna ketika sudah terbangun pada malam hari klien sulit untuk tidur, klien tidak mengkonsumsi obat tidur

Deskripsi gambaran kesehatan seluruh anggota keluarga pada anggota keluarga pada anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan Ny.L ada 3 orang yaitu Tn.H (suami) An (anak) dan Ny.L. masalah hanya berfokus pada Ny. L yang mengalami gangguan kesehatan pada TD yang tinggi, yaitu TD 170/90 mmHg, sakit kepala, tengkuk terasa berat dan meringis bila merasakan sakit.

4. Data Kesehatan Lingkungan

- | | |
|-------------------------|--|
| a. Tipe rumah | : Permanen. |
| b. Ventilasi | : Sesuai dengan kapasitas rumah (pertukaran udara di ruangan baik). |
| c. Pencahayaan | : Dapat menerangi seluruh bagian rumah (masih dapat membaca dengan jarak 30 cm). |
| d. Kelembaban | : Tidak pengap untuk diruangan. |
| e. Keadaan lantai rumah | : Lantai bersih dan tidak licin. |
| f. Kebersihan rumah | : Kebersihan rumah terjaga dengan baik, alat-alat rumah tangga tertata |

- rapih walaupun sederhana.
- g. Kebersihan Lingkungan rumah : Bersih, tidak terdapat polusi yang disebabkan oleh sampah atau hewan
- h. Tempat pembuangan sampah : Pembuangan sampah tradisional dengan galian tanah sebagai tempat sampah, sampah di tumpuk dibelakang rumah lalu dibakar dan tidak ada pemisahan jenis sampah.
- i. Sarana MCK
- 1). Jenis WC : WC duduk.
 - 2). Jarak : ± 5 meter dari sumur.
 - 3). Sumber air bersih di konsumsi : Tidak berwarna, berasa dan berbau.
 - 4). Kebersihan : Bersih
 - 5). Keadaan penampungan air : Bersih dikuras 2x seminggu.
5. Struktur Keluarga
- Tipe keluarga : *Nuclear Family*.
- Peran anggota keluarga : Semua anggota berperan sesuai dengan struktur keluarga : ayah, ibu dan anak.
- Komunikasi dalam keluarga : Komunikasi bahasa Ogan.
- Sumber-sumber keluarga : Sumber keluarga diperoleh dari Hasil kerja Tn.H sebagai KK.
- Sumber keluarga dalam kesehatan : BPJS
6. Fungsi Keluarga
- a. Kemampuan mengenal masalah kesehatan
- Keluarga mengetahui penyakit tekanan darah tinggi dan mengetahui tanda gejala hipertensi yaitu sakit kepala, Faktor penyebab penyakit jika klien tidak bisa tidur saat malam hari atau makan-makanan yang asin, Persepsi keluarga tentang penyakit klien bisa sembuh dan kembali sehat

jika klien menjaga pola makan untuk mengurangi makan asin, dan merubah kebiasaan nonton tv hingga larut malam.

b. Kemampuan mengambil keputusan

Keluarga tidak mengetahui prognosis dan komplikasi yang dapat ditimbulkan hipertensi. Keluarga ikut merasakan serta mendukung untuk perawatan klien, tidak ada pandangan negatif terhadap petugas kesehatan, pelayanan kesehatan Puskesmas Kotabumi II.

c. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Klien memiliki riwayat pengobatan hipertensi, tidak ada cara perawatan (alat, bahan, fasilitas). Sumber keluarga untuk perawatan keluarga adalah pendapatan sehari – hari Tn.H, masalah dirasakan karna keluarga pasrah terhadap perawatan therapy pada Ny.L.

d. Kemampuan memelihara anggota keluarga yang sakit/modifikasi Lingkungan

Lingkungan upaya preventif sudah ada bagi Ny.L untuk menghindari faktor pencetus hipertensi yaitu tidak menonton tv hingga larut malam dan mengurangi makan asin, keluarga mendukung terhadap upaya pengobatan dan perawatan Ny.L.

e. Kemampuan Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan

Jangkauan sarana-prasarana ke fasilitas kesehatan baik dan lancar, keluarga mengetahui tentang fasilitas kesehatan, kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan yaitu apabila sakit dibawa ke puskesmas maka akan mendapatkan pengobatan yang baik

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa Data

No	Data Dukung	Diagnosa
1.	a. DS:: 1) Nyeri kepala 2) Pundak terasa seperti tertimpa benda berat 3) Tampak meringis, bila merasakan sakit 4) TD : 170/90 mmHg 5) Skala nyeri 6 (0-10).	Nyeri Akut
2.	a. Data dukung penyakit : 1) Khawatir akan terjatuh dan dapat berakibat fatal. 2) Tampak gelisah. 3) Tekanan darah meningkat.	Ansietas
3.	a. Data dukung penyakit : 1) Sulit tidur jika penyakit kambuh. 2) Kondisi tampak terlihat lelah . 3) Kantung mata tampak terlihat berwarna hitam. 4) Tidur 5 jam perhari. 5) Sering menonton TV sampai larut malam.	Gangguan pola tidur.

2. Penetapan Prioritas Masalah

Tabel 3.3

Prioritas Masalah

Diagnosa 1: Nyeri Akut

No	Kriteria/Sub Kriteria	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Skala :Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Klien merasakan gejala nyeri pada bagian kepala, pundak terasa seperti tertimpa benda berat, nyeri terasa seperti berdenyut – denyut, meringis bila merasakan sakit tekanan darah meningkat 170/90 mmHg dan ketika dilakukan pengukuran tingkat nyeri dengan menggunakan skala angka klien mengatakan nyeri dengan skala 6 (0 – 10).
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : Mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Mudah : Saat klien sakit kepala klien mengkonsumsi obat amplotipin sesuai resep dokter.
3.	Potensi Masalah Untuk Dicegah Skala : Tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Tinggi : Klien mau merubah pola hidupnya dengan mengurangi makanan yang asin dan menjaga pola tidurnya
4.	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Karna keluarga takut timbul penyakit lain seperti stroke .
Jumlah		5	

Diagnosa 2: Ansietas

No	Kriteria/Sub Kriteria	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Kondisi Ny.L saat ini yaitu nyeri kepala klien tampak terlihat gelisah dan khawatir akan terjatuh dan berisiko fatal.
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : Mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Sebagian : Saat sakit klien meminta diantar ke puskesmas terdekat untuk mendapatkan informasi kesehatannya.
3.	Potensi Masalah Untuk Dicegah Skala : Sedang	$2/3 \times 1 = 2/3$	Sedang : Klien memiliki riwayat pengobatan hipertensi, tidak ada cara perawatan (alat, bahan, fasilitas) Sumber keluarga untuk perawatan keluarga pendapatan sehari- hari Tn. H masalah dirasakan karna keluarga pasrah terhadap perawatan/ therapy pada Ny.L.
4.	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Harus dilakukan upaya perawatan segera untuk mencegah penyakit berlanjut seperti stroke
Jumlah		$4 \frac{2}{3}$	

Diagnosa 3: Gangguan Pola Tidur

No	Kriteria/Sub Kriteria	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Saat kunjungan kerumah klien duduk diruang tamu, tampak terlihat lemah terlihat kantung mata tampak berwarna hitam dan klien mengatakan tidur 5 jam perhari.
2.	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : Sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	Sebagian : keluarga mendukung upaya perawatan Ny.L, tetapi masih ada kebiasaan keluarga yang kurang baik yaitu nonton TV sampai larut di malam hari. Perlu waktu untuk merubah kebiasaan keluarga.
3.	Potensi Masalah untuk dicegah Skala : Sedang	$2/3 \times 1 = 2/3$	Sedang : Kebiasaan yang mengganggu pada tidur klien yaitu menonnton TV sampai larut malam
4.	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 1$	Segera : Gangguan pola tidur dapat meningkatkan tekanan darah`
Jumlah		$3 \frac{2}{3}$	

Setelah dilakukan Skoring Dalam Masalah Keperawatan, Urutan prioritas Masalah Keperawatan Adalah :

1. Nyeri Akut dengan scor yang diperoleh : 5
2. Ansietas dengan scor yang diperoleh : $4 \frac{2}{3}$
3. Gangguan Pola Tidur dengan scor yang diperoleh : $3 \frac{2}{3}$

Pada diagnosa keperawatan yang mendapat score tertinggi yang dilakukan Asuhan Keperawatan yaitu diagnosa Nyeri Akut dengan skor 5 dan pada kedua diagnosa lainnya yaitu Ansietas dengan skor $4 \frac{2}{3}$ dan Gangguan Pola Tidur dengan skor $3 \frac{2}{3}$ hanya diimplementasikan saja tanpa didokumentasikan.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Terhadap Ny.L Pada Kasus Hipertensi Di Desa Talang Surabaya

No	Diagnosa Keperawatan	PERENCANAAN				
		TUM	TUK	Kriteria (SLKI)	Standart	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>a. Data Dukung Penyakit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri kepala. 2) Tengukuk terasa seperti tertimpa benda berat. 3) Tampak meringis, bila merasakan sakit. 4) TD : 170/90 mmHg. 5) Skala Nyeri 6 6) (0-10). <p>b. Data Dukung Lainnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sebelum Serangan masih makan asin dan berminyak. 	<p>Dalam 3 kali kunjungan nyeri berkurang dari skala 6 menjadi 1.</p>	<p>1. Keluarga mampu mengenal masalah</p>	<p>A. Kontrol Nyeri</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mengenali kapan nyeri terjadi. 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 	<p>Kognitif</p>	<p>A. Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri meliputi : lokasi, durasi, frekuensi, kualitas . <ol style="list-style-type: none"> a). Lokasi Nyeri : Nyeri Terasa pada bagian kepala b). Faktor pencetus nyeri yaitu Hipertensi c). Frekuensi Nyeri : nyeri timbul setelah beraktifitas yang dirasakan selama 15 menit. 2. Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai : Metode skala nyeri numerik : Nilai 6 (0-10). 3. Bertanya kepada klien faktor penyebab yang dapat memperberat atau memperingan nyeri.

1	2	3	4	5	6	7
				<p>3. Kemampuan menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgesik</p> <p>B. Tingkat Nyeri Kriteria Hasil :</p> <p>1. Nyeri yang dilaporkan</p>		<p>4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Seperti : Relakasi napas dalam dan kompres hangat/dingin pada daerah yang terasa nyeri).</p> <p>5. Bertanya kepada klien dan keluarga apakah faktor lingkungan dapat mempengaruhi nyeri (seperti : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</p> <p>A. Pemberian Analgesik.</p> <p>1. Monitor tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, frekuensi napas, suhu).</p> <p>2. Menanyakan riwayat alergi obat.</p> <p>3. Menanyakan keefektifitas analgesik.</p> <p>4. Mendokumentasikan respon terhadap efek analgesik.</p>

1	2	3	4	5	6	7
			2. Keluarga mampu mengambil keputusan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan 2. Kesiapan <i>care giver</i> dalam perawatan dirumah 3. Dukungan keluarga dalam pengobatan 	Afektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan dalam membuat keputusan. 2. Dukungan dalam membangun harapan. 3. Dukungan dalam emosional. 4. Dukungan <i>care giver</i>. 5. Informasi dukungan kesehatan.
			3. Keluarga mampu merawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik non farmakologis 2. Terapi komplementer 3. Perilaku peningkatan kesehatan 	Psikomotor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik non farmakologis dengan teknik relaksasi napas dalam. 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. 3. Ajarkan teknik komplementer : dengan mengonsumsi rebusan daun salam dengan cara direbus dan diminum. 4. Dengan mengonsumsi sayuran, buah-buahan, dan makan-makanan dengan rendah garam.

1	2	3	4	5	6	7
			<p>4. Keluarga mampu memelihara kesehatan atau memodifikasi lingkungan</p>	<p>1. Kontrol risiko dan keamanan . 2. Pengetahuan tentang pencegahan jatuh. 3. Menyiapkan lingkungan rumah yang aman dan nyaman.</p>	<p>Kognitif psikomotor</p>	<p>1. Menghindari faktor pemicu hipertensi . 2. Cara – cara mencegah terjatuh : a. Rumah dalam keadaan bersih, lantai tidak licin, kamar mandi bersih. b. Kerapihan penataan alat rumah tangga. c. Penggunaan alas kaki yang sesuai dengan standart : 1). Bagian telapak kaki tidak licin. 2). Ada tali pengikat (sendal jepit). 3. Manajemen lingkungan rumah yang aman dan nyaman</p>
			<p>5. Keluarga mampu Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan</p>	<p>1. Pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber kesehatan 2. Perilaku mencari pelayanan kesehatan</p>	<p>Kognitif psikomotor</p>	<p>1. Sumber pelayanan kesehatan 2. Upaya rujukan 3. Konsling 4. Kunjungan pada fasilitas kesehatan</p>


D. Pelaksanaan dan Evaluasi (Catatan Perkembangan)


**Tabel 3.5
Catatan Perkembangan Pada Pasien Hipertensi dengan Diagnosa Nyeri Akut**

Hari Pertama

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	21 Febuari 2022 Jam : 13.00 WIB.	<p>Tuk 1 : Mampu mengenal masalah</p> <p>1. Manajemen Nyeri</p> <p>1. Melakukan pengkajian nyeri dengan cara : Menanyakan kepada klien lokasi nyeri, apa yang menyebabkan terjadinya nyeri, nyeri berapa lama dirasakannya, dan kapan nyeri terjadi.</p> <p>2. Mengkaji skala nyeri klien menggunakan metode numeric (0-10) dengan klien menyebutkan skala nyeri yang dirasakan.</p> <p>3. Menanyakan kepada klien faktor penyebab yang dapat menurunkan atau meningkatkan nyeri.</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam kepada klien. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 2).</p>	<p>Jam : 14.10 WIB.</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri terjadi pada saat tekanan darah meningkat, nyeri terasa seperti berdenyut - denyut dengan waktu 15 menit, dan nyeri timbul setelah beraktivitas.</p> <p>O : Skala nyeri 6 (0-10) .</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang jika beristirahat, dan meningkat apabila sedang banyak pikiran.</p> <p>S : Klien memahami teknik relaksasi napas dalam dan dapat mengulangi apa yang telah diajarkan</p>

1	2	3	4
		<p>5. Mengkonsultasikan dengan keluarga tentang lingkungan yang dapat memperbesar rasa nyeri klien seperti kebisingan, suhu ruangan, atau pencahayaan.</p> <p>6. Mengukur tekanan darah menggunakan tensi meter diatas arteri brachialis, dengan posisi klien duduk. Bersamaan dengan menghitung frekuensi napas Ny.L selama 1 menit. Mengukur suhu menggunakan termometer digital, diletakkan didaerah axilla. Bersamaan dengan mengukur nadi pada nadi radialis selama 1 menit. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 1)</p> <p>7. Menanyakan apakah klien memiliki riwayat alergi terhadap obat – obatan</p> <p>8. Menganjurkan klien minum obat oral amlodipin 5 mg sesudah makan sesuai dengan intruksi dokter secara teratur.</p> <p>9. Menanyakan reaksi setelah minum obat kepada klien.</p> <p>10. Mendokumentasikan respon setelah minum obat dan efek samping, yaitu dengan mencatat gejala yang timbul karna efek samping obat.</p>	<p>S : Keluarga mengatakan klien sudah dapat tidur nyenyak semalam karna klien pindah tidur dikamar belakang untuk menghindari kebisingan. O : Tekanan Darah : 170/90 mmhg</p> <p>Frekuensi napas : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,5⁰ C</p> <p>Nadi : 85x/menit.</p> <p>S : Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat.</p> <p>S : Klien mengatakan sudah minum obatnya secara teratur dengan benar.</p> <p>S : Klien mengatakan 15 menit setelah minum obat, nyeri kepala berkurang.</p> <p>S : Klien mengatakan mengantuk setelah minum obat.</p>


1	2	3	4
			<p>A : Pada pertemuan pertama, keluarga mulai mengerti tentang Hipertensi dan nyeri yang ditimbulkannya, masalah masih ada teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Managemen Nyeri <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri : durasi nyeri, frekuensi nyeri. b. Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai yaitu metode skala nyeri numeric 2. Pemberian Analgesik Mengukur tanda – tanda vital <div style="text-align: right;">  Sitia Wati </div>
2	21Februari 2022 Jam : 14.35 WIB	<p>Tuk 2 : Mampu mengambil keputusan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi dukungan dalam mengambil keputusan dengan Memberi dukungan kepada klien dan keluarga untuk melakukan penanganan dan perawatan hipertensi yang diderita Ny.L untuk dapat rutin mengontrol tekanan darah ke pelayanan kesehatan. 2. Memberi dukungan membangun harapan dan menjelaskan tentang penyakit hipertensi bahwa hipertensi dapat dicegah dengan menghindari faktor pencetus hipertensi yaitu tidak mengonsumsi garam berlebihan, berolahraga 	<p>S : Keluarga mengatakan siap melakukan upaya perawatan dan penanganan berlanjut pada Ny.L sebagai bentuk dalam mengambil keputusan</p> <p>S : Keluarga mengatakan memahami bahwa hipertensi dapat dicegah.</p>


1	2	3	4
		<p>rutin untuk mengontrol tekanan darah ke pelayanan kesehatan</p> <p>3. Memberikan dukungan emosional yaitu dengan Memberi dukungan kepada keluarga untuk meminimalisir perasaan yang timbul akibat penyakit Ny.L seperti, cemas , takut, gelisah dengan menjelaskan bahwa penyakit yang diderita oleh Ny.L dapat di cegah.</p> <p>4. Memberikan dukungan care giver dengan memotivasi keluarga untuk mengingatkan Ny.L agar menghindari faktor pemicu kekambuhan penyakit dengan tidak mengonsumsi garam berlebihan, tidak tidur larut malam dan olahraga teratur.</p> <p>5. Memberikan Informasi dukungan dengan memberikan penjelasan kepada keluarga dan Ny.L tentang manfaat pengaruh yang baik dalam melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan.</p>	<p>S : keluarga mengerti terhadap apa yang disampaikan.</p> <p>S : Keluarga mengatakan memperhatikan faktor pemicu ke kambuhan penyakit Ny.L</p> <p>O : Keluarga saling mendukung Ny.L dalam melakukan perawatan dirumah ataupun pengobatan di fasilitas kesehatan</p> <p>A : Pada pertemuan pertama keluarga sudah dapat mengambil keputusan terhadap penyakit Hipertensi. Masalah teratasi.</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <div style="text-align: right;">  Sitia Wati </div>

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Pada Pasien Hipertensi dengan Diagnosa Nyeri Akut

Hari Kedua

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	22 Febuari 2022 Jam : 10.00 WIB	<p>Tuk 1 : Mampu mengenal masalah Manajemen Nyeri</p> <p>a. Melakukan pengkajian nyeri dengan cara Menanyakan kepada klien saat terjadinya nyeri berapa lama dirasakannya dan kapan nyeri terjadi.</p> <p>b. Mengontrol skala nyeri dengan menggunakan metode numeric (0-10).</p> <p>c. Mengecek kembali tekanan darah klien dengan menggunakan tensi meter diatas arteri brachialis, dengan posisi klien duduk. Bersamaan dengan menghitung frekuensi napas Ny.L selama 1 menit dan Mengukur suhu menggunakan termometer digital, diletakkan didaerah axilla. Bersamaan dengan mengukur nadi pada nadi radialis selama 1 menit. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 1).</p>	<p>Jam : 12.10 WIB</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri terasa seperti berdenyut – denyut dengan waktu 15 menit, nyeri terjadi saat bangun tidur dan beraktivitas.</p> <p>O : Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>O : Tekanan Darah : 150/90mmhg Nadi : 80x/menit Frekuensi napas : 20x/menit Suhu : 36,2⁰ C.</p> <p>A : Pada pertemuan kedua keluarga mulai mengerti tentang hipertensi dan nyeri yang ditimbulkan, masalah masih ada, teratasi sebagian.</p>


1	2	3	4
			<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Managemen Nyeri Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai yaitu : metode skala nyeri numeric 2. Mengukur tanda – tanda vital <div style="text-align: right;">  Sitia Wati </div>
		<p>Tuk 3 Mampu merawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta klien melakukan teknik non farmakologis relaksasi napas dalam secara mandiri yang sudah diajarkan dengan cara tarik napas dalam lalu tahan selama 3-5 detik dan hembuskan secara perlahan melalui mulut. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 2). 2. Memberikan pendidikan kesehatan berupa promkes kepada klien dan keluarga dengan materi pengertian hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, cara pencegahan hipertensi dan obat herbal hipertensi dan memberikan pre test dan post test kepada klien dan keluarga. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 4, 5, 6). 	<p>S : Klien sudah memahami dan mampu melakukan relaksasi napas dalam dengan benar dan dilakukan secara mandiri.</p> <p>S : Keluarga mengatakan sudah memahami promkes yang diberikan dan dapat menjawab 2 dari 3 pertanyaan yang diberikan saat pre test dan dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan saat post tes.</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan terapi komplementer dengan cara mendemonstrasikan terhadap klien dan keluarga yaitu 	<p>O : Klien memahami cara pembuatan untuk herbal daun salam dan sudah dapat membuatnya secara</p>



1	2	3	4
		<p>dengan herbal daun salam dan menjelaskan cara pembuatnya : daun salam sebanyak 7 lembar, air 3 gelas lalu direbus dengan panci dan tunggu mendidih sampai airnya menjadi 1 gelas lalu biarkan air rebusan dingin terlebih dahulu, setelah dingin baru air dapat diminum. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran 3).</p> <p>4. Menjelaskan kepada klien dan keluarga bahwa mengkonsumsi makanan yang tinggi garam dapat memicu meningkatnya tekanan darah jadi hindari makanan yang mengandung tinggi garam.</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk dapat memperhatikan perilaku makanan yang sehat untuk klien dengan cara mengonsumsi sayuran, buah - buahan, dan tidak mengonsumsi makanan yang tinggi garam.</p>	<p>mandiri.</p> <p>S : Keluarga mengatakan akan selalu mengontrol makanan Ny.L untuk mencegah peningkatan tekanan darahnya.</p> <p>O : Keluarga sudah memahami dan akan selalu memperhatikan pola makan Ny.L</p> <p>A : Pada pertemuan kedua keluarga mulai mengerti melakukan cara perawatan dengan menggunakan teknik non farmakologi dan terapi komplementer dengan benar, masalah teratasi tujuan tercapai.</p> <p>P : Intervensi Dihentikan</p> <div style="text-align: right;">  Sitia Wati </div>

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Pada Pasien Hipertensi dengan Diagnosa Nyeri Akut

Hari Ketiga

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	23 Febuari 2022 Jam : 13.00 WIB	<p>Tuk 1 : Mampu mengenal masalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri Mengontrol skala nyeri dengan menggunakan metode numeric (0-10). 2. .Mengecek kembali tekanan darah klien dengan menggunakan tensi meter diatas arteri brachialis, dengan posisi klien duduk. Bersamaan dengan menghitung frekuensi napas Ny.L selama 1 menit dan Mengukur suhu menggunakan termometer digital, diletakkan didaerah axilla. Bersamaan dengan mengukur nadi pada nadi radialis selama 1 menit. Uraian kegiatan terdapat pada (Lampiran I). 	<p>Jam : 15.05 WIB.</p> <p>O : Skala nyeri 1 (0-10)</p> <p>Jam : 13.25 WIB</p> <p>O : Tekanan Darah : 130/80 mmhg Nadi : 76x/menit Frekuensi napas : 20x/menit Suhu : 36,5⁰C</p> <p>S : Klien mengatakan sudah lebih nyaman.</p> <p>A : Pada pertemuan ketiga klien mengatakan sudah lebih nyaman dari hari sebelumnya masalah teratasi tujuan tercapai.</p>

1	2	3	4
			<p>P : Hentikan intervensi</p>  <p>Sitia Wati</p>
		<p>Tuk 4 : Mampu memelihara kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji faktor risiko seperti makan – makanan yang tinggi garam, kebiasaan menonton TV hingga larut malam sehingga menyebabkan tekanan darah naik, dan kurang nya jam tidur. 2. Menjelaskan cara – cara mencegah terjadiya jatuh kepada Ny.L <ol style="list-style-type: none"> a. untuk selalu menjaga kebersihan rumah. b. merapihkan penataan alat rumah tangga dengan baik. 3. Menggunakan alas kaki yang sesuai dengan standar : bagian telapak sandal tidak licin dan ada tali pengikatnya. 4. Menganjurkan keluarga untuk membuat lingkungan rumah yang aman dan nyaman dengan menganjurkan untuk memelihara kesehatan Ny.L dan memodifikasi 	<p>S : Klien mengatakan sudah mengurangi makanan yang mengandung tinggi garam dan mengatur jadwal tidur.</p> <p>O : Rumah klien tampak bersih, kamar mandi tampak tidak licin, dan penataan alat rumah tangga sudah tertata dengan sangat baik dan rapi.</p> <p>S : Klien mengatakan akan menggunakan sandal agar terhindar dari jatuh.</p> <p>S : Keluarga mengatakan sudah memahami untuk memodifikasi lingkungan dengan baik.</p> <p>A : Pada kunjungan hari ketiga, klien dan keluarga siap untuk memelihara kesehatan, tujuan tercapai.</p>

1	2	3	4
		<p>lingkungan seperti : kebersihan, kebisingan dan pencahayaan.</p>	<p>P : Intervensi Dihentikan.</p> <p style="text-align: right;">  Sitia wati </p>
		<p><u>Tuk 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanya kepada klien dan keluarga sumber pelayanan kesehatan Ny.L untuk berobat. 2. Menanyakan tentang pengetahuan Ny.L dan keluarga tentang sumber pelayanan kesehatan. 3. Menganjurkan Ny.L untuk melakukan kunjungan pada fasilitas kesehatan Puskesmas. 	<p>S : Klien mengatakan sumber pelayanan BPJS untuk berobat ke puskesmas.</p> <p>O : Keluarga dan Ny.L sudah mengetahui tentang sumber pelayanan kesehatan.</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mempunyai kebiasaan memanfaatkan fasilitas kesehatan (Puskesmas) ketika sakit dan mengontrol tekanan darahnya.</p> <p>A : Pada kunjungan hari ketiga klien sudah memahami fasilitas kesehatan. Masalah teratasi, tujuan tercapai.</p> <p>P : Hentikan Intervensi.</p> <p style="text-align: right;">  Sitia wati </p>