

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian: 9-03-2020

I. Data umum

1. Identitas keluarga

Nama kk : Tn.S (45)
Pekerjaan : Wiraswata
Agama : Islam
Status perkawinan : Menikah
Suku : Jawa
Alamat : Jl.Gg.St.Nimbang Raja Keluarahan
Bernah Dalam, Kecamatan Kotabumi Selatan, Kabupaten
Lampung Utara

2. Komposisi keluarga

Tabel 3.1

Komposisi keluarga

No	Nama	Umur	Status	Keterangan
1	2	3	4	5
1	Tn. S	45 tahun	Suami	Sehat
2	Ny. S	40 tahun	Istri	Sakit

3	An. S	18 tahun	Anak	Sehat
4	An. A	14 tahun	Anak	Sehat
5	An. F	6 tahun	Anak	Sehat

3. Data dukung lainnya

- Transportasi keluarga : Motor
 Fasilitas kesehatan : Rumah bidan
 Jarak unit pelayanan kesehatan : +- 3 km 15 Menit
 Transportasi ke unit pelayanan kesehatan: Motor
 Sarana komunikasi keluarga : Telp genggam (HP)
 Sarana komunikasi dalam lingkungan: Telp genggam (HP)

II. KONDISI KESEHATAN SEMUA ANGGOTA KELUARGA

Fokus utama pada yang sakit

1. Diagnosa medis : Hipertensi
2. Riwayat perawatan : Ny.S selama terkena hipertensi selama 1 tahun yang lalu (2019) masih sering mengkonsumsi makanan tinggi garam seperti ikan asin, Ny.S jarang kontrol ke fasilitas kesehatan, jika sudah tidak bisa ditahan baru iya datang ke Bidan desa
3. Riwayat pengobatan : Amlodhipin
4. Gangguan kesehatan : Merasakan nyeri kepala dengan skala nyeri 6 (0-10) nyeri terasa berdenyut-denyut, tengkuk terasa berat, Tidur 5jam perhari aktifitas dilakukan secara mandiri tetapi khawatir akan terjatuh dan berakhir fatal
5. Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia
 - a) Bio-Fisiologis
 Saat kunjungan rumah klien duduk diruang tamu, sakit kepala, nyeri seperti berdenyut-denyut, beraktifitas (jualan sayuran) mengkonsumsi makanan asin serta mengeluh

pundak terasa berat, pasien tampak meringis, tampak lelah, komunikasi masih lancar, makan-minum masih normal (frekwensi 3x sehari, makan biasa)

b) Aman-Nyaman

Merasakan tidak nyaman karena sakit kepala nyeri seperti berdenyut-denyut, pundak terasa berat dan takut terjatuh

c) Kasih-sayang

Merasakan cukup mendapat perhatian dari keluarga saat dilakukan wawancara pada keluarga, mereka menyatakan mendukung upaya perawatan Ny.S hingga kondisi kesehatan membaik

2. Harga diri

Dengan kondisi penyakit sekarang klien tidak merasakan diremehkan karena dalam keluarga dia masih berperan sebagai ibu dari anak-anaknya dan keluarga mendukung dengan baik

3. Aktualisasi diri

Ny.S masih bisa melakukan aktifitas sehari-hari seperti membereskan rumah, berjualan sayuran keliling, hanya saja ketika penyakit Ny.S kambuh klien merasa tidak nyaman dengan keadaan yang dirinya rasakan

Deskripsi gambaran kesehatan seluruh anggota keluarga pada anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah didapatkan gambaran status kesehatan sebagai berikut:

Tidak ada yang mengalami masalah gangguan kesehatan secara head to toe pada anggota keluarga, masalah hanya berfokus pada Ny. S yang mengalami gangguan kesehatan pada TD yaitu TD yang tinggi, TD 150/100 mmHg, sakit kepala, tengkuk terasa berat dan meringis bila merasakan sakit

III. DATA KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Type rumah :Permanen
2. Ventilasi :Sesuai dengan kapasitas ruangan
3. Pencahayaan :Dapat menerangi seluruh bagian rumah
4. Kelembaban :Tidak pengap udara dirumah dirasakan sehat
5. Keadaan lantai rumah :Semen bersih terpasang keramik
6. Kebersihan rumah :Kebersihan terjaga dengan baik
7. Kebersihan lingkungan rumah :Bersih,tidak ada polusi yang di sebabkan oleh sampah maupun hewan ternak
8. Tempat pembuangan sampah: Pembuangan sampah tradisional, sampah di tumpuk dibelakang rumah kemudian dibakar walaupun tidak ada pemisahan Jenis sampah.

Sarana MCK

- Jenis : WC jongkok
- Jarak : +/- 10 meter dari sumur
- Sumber air bersih :Tidak berwarna,dan berbau
- Kebersihan :Bersih
- Keadaan penampungan air :Bersih dikuras 2x seminggu

IV. STRUKTUR KELUARGA

1. Type keluarga :Nuclear family
2. Peran anggota keluarga : Semua berperan sesuai struktur dalam keluarga: ayah,ibu ,anak.
3. Komunikasi dalam keluarga :Komunikasi langsung,berbahasa jawa Dan bahasa Indonesia
4. Sumber-sumber keluarga : Diperoleh dari pemenuhan kebutuhan Hidup dikeluarga oleh Tn.S sebagai Kepala keluarga
5. Sumber keluarga dalam kesehatan: BPJS Umum

V. FUNGSI KELUARGA

1. Kemampuan mengenal masalah kesehatan

Keluarga mengetahui penyakit tekanan darah tinggi, 2 gejala penyakit tekanan darah tinggi yaitu sakit kepala dan tekanan darah tinggi, faktor penyakit karena klien stres jika ada masalah dengan suami, persepsi keluarga tentang penyakit perlu disembuhkan.

2. Kemampuan mengambil keputusan

Keluarga tidak mengetahui bahaya penyakit prognosis, dan komplikasi yang ditimbulkan yaitu stroke. yang dilakukan klien jika penyakitnya kambuh iya hanya bisa berbaring ditempat tidur, jika sudah tidak bisa tertahan baru dirinya memberi tau keluarga, Keluarga memberi dukungan perawatan kepada Ny.S karena keluarga takut akan kematian yang disebabkan terhadap penyakit tersebut. Fasilitas kesehatan masih bisa dijangkau menggunakan kendaraan motor atau mobil, transportasi lancar

3. kemampuan merawat keluarga yang sakit

Ny.S mempunyai riwayat pengobatan penyakit Hipertensi, Tidak ada cara perawatan (alat, bahan, fasilitas Contohnya seperti tensimeter dan obat) Masalah dirasakan karna keluarga pasrah terhadap perawatan/therapy pada Ny.S sumber keluarga untuk perawatan keluarga adalah pendapatan sehari-hari Tn. S

4. Kemampuan memelihara anggota keluarga yang sakit/ memodifikasi lingkungan.

Lingkungan upaya preventif sudah ada bagi Ny.S untuk menghindari faktor pencetus hipertensi yaitu tidak boleh stres dan harus tidur cukup, keluarga mendukung terhadap upaya pengobatan dan perawatan Ny.S

5. kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan

Jangkauan sarana-prasarana ke fasilitas kesehatan baik dan lancar, tetapi keluarga lebih memilih untuk berobat ke rumah

bidan dari pada ke puskesmas karena Ny,S sudah beberapa tahun tidak membayar BPJS

VI. DATA KHUSUS KELAINAN SITEM TUBUH

a. Pemeriksaan anggota tubuh

1. Umum

Pada saat dilakukan pengkajian Ny.S Merasakan nyeri kepala dengan skala nyeri 6 (0-10) nyeri terasa berdenyut-denyut,tengkuk terasa berat,Tidur 5jam perhari aktifitas dilakukan secara mandiri tetapi khawatir akan terjatuh dan berakhir fatal

TD : 150/100 mmHg

N : 72x/menit

T :36,8 C'

RR : 18x/menit

2. Kepala

Pada saat pengkajian kepala Ny.S merasakan nyeri kepala skala nyeri 6 (0-10) nyeri terasa berdenyut-denyut,tengkuk terasa berat, rambut klien berwarna hitam dan keadaan bersih

AKS terganggu : Pola tidur

2. Mata

Pada saat pengkajian Ny.S terdapat kantung mata berwarna hitam dan tidak mengalami gangguan penglihatan klien tidak menggunakan kacamata

Aks tidak terganggu

3. Telinga

Pada saat pengkajian Ny.S tidak menggunakan alat bantu pendengar dan Ny.S masih bisa mendengar secara jelas

Aks tidak terganggu

4. Hidung

Pada saat pengkajian Ny.S tidak mengalami gangguan pada hidung, sehingga tidak mengalami gangguan

Aks tidak terganggu

5. Mulut dan Tenggorokan

Pada saat dilakukan pengkajian Ny.S mulut dan gigi klien bersih tidak mengalami infeksi

Aks tidak terganggu

6. Leher

Pada bagian leher Ny.S tidak mengalami masalah

Aks tidak terganggu

7. Dada

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.S tidak mengalami kelainan pada dada

Aks tidak terganggu

8. Alat kelamin

Pada saat dilakukan pengkajian Pada Ny.S mengatakan tidak ada gangguan di daerah alat kelamin

Aks tidak terganggu

9. Ekstremitas atas dan bawah

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.S ekstremitas atas dan bawah klien tidak mengalami gangguan.

b. Pemeriksaan system tubuh

1. Haemopoetik

Saat dilakukan pengkajian tidak ada masalah dalam haemopotik

2. Integument

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat masalah pada kulit Ny.S, rambut klien berwarna hitam

3. Pernapasan

Pada pernapasan Ny.S normal tidak adanya gangguan

4. **Cardiovaskuler**
Saat dilakukan pengkajian Ny. S mengatakan tidak ada keluhan atau pun masalah pada jantungnya, Suara jantung normal (lup-dup)
5. **Gastrointestinal**
Saat dilakukan pengkajian pada Ny.S mengatakan tidak ada keluhan ataupun masalah pada system gastrointestinal
6. **Perkemihan**
Saat dilakukan pengkajian pada Ny.S mengatakan tidak ada keluhan pada perkemihan
7. **Moskuloskeletal**
Saat dilakukan pengkajian Ny.S mengatakan tidak ada gangguan di moskuloskeletal
8. **Endokrin**
Saat dilakukan pengkajian pada Ny.S tidak ada masalah dalam system endokrin
9. **Sistem saraf pusat**
Saat dilakukan pengkajian Ny.S tidak ada kelainan pada sytem saraf pusat

B. DIAGNOSE KEPERAWATAN

1. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data

NO	DATA DUKUNG	DIAGNOSE
1	a. Data dukung penyakit a) Mengeluh nyeri b) Tampak meringis c) Tenguk terasa berat d) Skala nyeri 6 (0-10) e) TD = 150/100 b. Data dukung lainnya : a) Makan ikan asin	Nyeri akut
2	a. Data dukung penyakit a) Khawatir akan terjatuh dan berakhir fatal b) Tekanan darah meningkat c) Duduk diruang tamu	Ansietas
3.	a. Data dukung penyakit a) Mengeluh sulit tidur b) Tidur hanya 5jam perhari c) Tampak lemah d) Kantung mata berwarna hitam	Gangguan pola tidur

2. Prioritas masalah

Tabel 3.3

Prioritas masalah

No	Kriteria/sub criteria	Bobot kriteria	Score sub criteria
1	Sifat Masalah Skala : Aktual Resiko Potensial	1	3 2 1
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala :Mudah Sebagian Tidak mudah	2	2 1 0
3	Potensi Masalah Dapat Diubah Skala : Tinggi Sedang Rendah	1	3 2 1
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera Tidak perlu Tidak	1	2 1 0

	dirasakan		
--	-----------	--	--

Sumber : Maglaya 2009

3. Penetapan prioritas masalah

Tabel 3.4

Diagnose 1: Nyeri

No	Kriteria/Sub criteria	Scoring	Pembenaran
1	2	3	4
1	Sifat Masalah Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Gejala penyakit yaitu merasakan sakit kepala ,pundak terasa berat nyeri seperti berdenyut-denyut,meringis bila merasakan sakit dan ketika dilakukan pengukuran tingkat nyeri dengan skala nyeri 6 (0-10)
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Mudah : Karena transportasi ke puskesmas lancar
3	Potensi masalah	$3/3 \times 1 = 1$	Tinggi:

	untuk dicegah Skala : Tinggi		Ny.S mau mengurangi Makanan asin
4	Menonjolnya masalah Skala : Segera	$2/2 \times 1 = 2$	Segera : Keluarga takut timbul penyakit stroke
JUMLAH		6	

Tabel 3.5

Diagnose 2: Ansietas

No	Kriteria/Sub Kriteria	Scoring	Pembenaran
1	2	3	4
1	Sifat masalah : Skala : Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Kondisi Ny.S duduk diruang tamu,sakit kepala,nyeri seperti berdenyut-denyut,khawatir akan jatuh dan berakhir dengan fatal
2	Kemungkinan Masalah Dapat	$1/2 \times 2 = 1$	Sebagian : keluarga lebih

	diubah Skala : Sebagian		memilih untuk berobat ke rumah bidan dari pada ke puskesmas karena Ny,S sudah beberapa tahun tidak membayar BPJS
3	Potensi masalah untuk dicegah Skala : sedang	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Sedang : Ny.S mempunyai riwayat pengobatan penyakit Hipertensi, Tidak ada cara perawatan(alat,bahan,fasilitas) Masalah dirasakan karna keluarga pasrah terhadap perawatan/therapy pada Ny.S sumber keluarga untuk perawatan keluarga adalah pendapatan sehari-hari Tn. S
4	Menonjolnya masalah Skala : segera	$\frac{0}{2} \times 0 = 0$	Segera : Harus dilakukan upaya perawatan segera mencegah penyakit berlanjut seperti stroke
JUMLAH		$2 \frac{2}{3}$	

Tabel 3.6

Diagnose 3: Gangguan Pola Tidur

No	Kriteria/Sub Kriteria	Scoring	Pembenaran
1	2	3	4
1	Sifat Masalah : Skala :Aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Aktual : Kondisi Ny.S saat kunjungan duduk diruang tamu tampak lemah,dan tidur hanya 5jam/hari
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Skala : sebagian	$1/2 \times 2 = 1$	sebagian : Keluarga mendukung upaya perawatan Ny.S
3	Potensi Masalah untuk dicegah Skala : Sedang	$2/3 \times 1 = 2/3$	Sedang : Ada kebiasaan yang mengganggu pada tidur klien :Sering terbangung karena mempersiapkan alat jualan sayuran
4	Menonjolnya Masalah Skala : Segera	$0/2 \times 1 = 0$	Segera : Gangguan pola tidur akan meningkatkan tekanan darah
JUMLAH		$2 \frac{2}{3}$	

DIAGNOSE KEPERAWATAN:

Setelah di prioritaskan, urutan diagnose keperawatan adalah :

1. Nyeri (6)
 - a. Data dukung penyakit
 - 1) pundak seperti tertimpa benda berat

- 2) Sakit kepala
 - 3) Skala nyeri 6(0-10)
 - 4) Terkadang meringis bila merasakan sakit
 - 5) TD = 150/100 mmHg
 - 6) nyeri seperti berdenyut-denyut
- b. Data dukung lainnya
- 1) Sebelum serangan masih makan -makanan rasa asin
2. Ansietas (2 2/3)
- a. Data dukung penyakit
- 1) Duduk ditempat ruang tamu
 - 2) Khawatir akan jatuh dan berakhir fatal
 - 3) Tekanan darah meningkat
3. Gangguan pola tidur (2 2/3)
- a. Data dukung penyakit
- 1) Mengeluh sulit tidur jika penyakit kambuh
 - 2) Kondisi tampak lelah
 - 3) Tidur 5 jam perhari

C. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.7

Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	PERENCANAAN				
		TUM	TUK	Kriteria (NOC)	Standar	Intervensi (NIC)
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Nyeri akut</p> <p>Data dukung penyakit:</p> <p>1) pundak seperti tertimpa benda berat</p> <p>2) Skala nyeri 6(0-10)</p> <p>3) Terkadang meringis, bila merasakan sakit</p> <p>4) TD = 150/100 mmHg</p> <p>Data dukung lainnya:</p> <p>a) Sebelum serangan masih makan - makanan rasa asin</p>	<p>Dalam 3 kali Kunjungan Nyeri Berkurang dari skala 6 menjadi 1</p>	<p>1.Keluarga mampu mengenal masalah</p>		<p>Kognitif</p>	<p>Berikan pendidikan kesehatan tentang Nyeri, Meliputi :</p> <p>a. Pengertian Nyeri “Media yang digunakan liplet”</p> <p>b. Bagaimana cara memberi rasan nyaman ketika Nyeri datang kembali “dengan cara teknik non-farmakologi seperti (napas dalam)”</p> <p>c. Tanda dan gejala Nyeri hipertensi “sakit kepala,Asimtomatik, Nyeri dada”</p>

				<p>A.Kontrol Nyeri</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Mengenali kapan Nyeri terjadi</p> <p>b. Menggambarkan faktor Penyebab</p>		<p>A.Managemen Nyeri</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi :</p> <p>a) faktor pencetus nyeri:Hipertensi</p> <p>b) berapa lama durasi nyeri: “Berdenyut – denyut”</p> <p>c) Frekwensi Nyeri : saat bangun tidur dan setelah Beraktivitas</p> <p>d) kualitas nyeri :Nyeri berat intensitasnya,beratnya</p> <p>2. Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai : Metode skala nyeri numerik:nilai 6(0-</p>
--	--	--	--	---	--	--

				<p>c. Menggunakan tehnik pengurangan nyeri tanpa Analgesik</p>	<p>10)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi bersama pasien faktor penyebab yg dapat menurunkan atau memperberat nyeri 4. Kurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri 5. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi napas dalam dan kompres hangat/dingin Daerah yang terasa nyeri) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. kebisingan, suhu ruangan, pencahayaan)
--	--	--	--	--	--

				<p>d. informasi tentang pengetahuan Hipertensi</p>		<p>7. berikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi, Meliputi:</p> <p>Berikan pendidikan kesehatan tentang Nyeri, Meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian Nyeri b. Bagaimana cara memberi rasan nyaman ketika Nyeri datang kembali dengan cara teknik non-farmakologi seperti (napas dalam) c. Tanda dan gejala Nyeri
--	--	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7
			2. Keluarga mampu mengambil keputusan	a. Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan b. Kesiapan care giver dalam perawatan di rumah c. Dukungan keluarga dalam pengobatan	Afektif	1. Dukungan membuat keputusan 2. Dukungan membangun harapan 3. Dukungan emosional 4. Dukungan care giver 5. Dukungan pengasuhan 6. Informasi dukungan pengobatan 7. kegiatan pengobatan

1	2	3	4	5	6	7
			3.Keluarga mampu merawat	<p>a.Kontrol nyeri: 1.Tehnik non farmakologi</p> <p>b. kepatuhan</p> <p>1. Prilaku Kepatuhan : diet</p> <p>2. Kepatuhan : melakukan aktifitas dengan tepat</p> <p>c. Prilaku peningkatan kesehatan</p> <p>d.Kemampuan</p>	Psikomotor	<p>a. Kontrol nyeri</p> <p>1. Tehnik Non farmakologi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relaksasi : Tehnik napas dalam ➤ Distraksi : pengalihan nyeri <p>2. Managemen obat Terapi komplementer mengajarkan teknik komplementer : Membuat ramuan herbal daun salam dengan di direbus Untuk diminum</p> <p>3. Kepatuhan menyiapkan diet yang tepat (mengonsumsi makan-makanan rendah garam)</p>

				<p>keluarga dalam care giver (perawatan langsung)</p> <p>e. menunjukkan peranan berkomunikasi</p> <p>f. status kesehatan personal</p>		<p>4. Peningkatan keterlibatan keluarga dalam perawatan</p> <p>5. Dukungan-emosional Reinforcement kepada keluarga terhadap peran dalam perawatan hipertensi</p> <p>6. Prilaku gaya hidup sehat dengan menjaga kebersihan di rumah</p> <p>7. Prilaku makan: Mengonsumsi sayuran, buah – buhan ,makan – makanan dengan rendah garam</p> <p>8. Peningkatan interaksi keluarga</p>
--	--	--	--	---	--	---

						9. Peningkatan kesehatan diri terhadap kesehatan
1	2	3	4	5	6	7
			4. Keluarga mampu memelihara kesehatan/modifikasi lingkungan	<p>a. Kontrol resiko dan keamanan : menghindari faktor pemicu hipertensi(makan-makanan asin,,aktivitas berat)</p> <p>b. pengetahuan tentang pencegahan jatuh</p>	Kog-aff- psikomotor	<p>1. Identifikasi faktor resiko : makan - makanan yang asin,aktivitas berat</p> <p>2. Identifikasi resiko keamanan terjatuh: cara-cara mencegah tejatuh</p> <p>a. Kebersihan rumah</p> <p>b. Kerapihan penataan alat rumah tangga</p> <p>c. Penggunaan alas kaki yang sesuai dengan standart :</p> <p>1) Bagian telapak tidak licin</p>

				<p>c. Dukungan keluarga selama pengobatan</p>	<p>2) Ada tali pengikat (sendal jepit)</p> <p>3. Memberi dukungan pemeliharaan kesehatan misalnya pengobatan rutin, follow up kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemahaman terhadap gejala hipertensi 2) Pemahaman terhadap resiko timbulnya gejala berulang hipertensi 3) Kepatuhan terhadap diet dan larangan makan-makanan yang berbahaya untuk hipertensi
				<p>d. Menyiapkan lingkungan rumah yang aman</p>	<p>4. Managemen Lingkungan rumah yang Aman dan</p>

						nyaman: Memberi support terhadap integritas keluarga dalam memelihara kesehatan Ny.S dan upaya memodifikasi Lingkungan
1	2	3	4	5	6	7
			5.Keluarga mampu memanfaatkan Fasilitas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan b. Prilaku mencari pelayanan kesehatan c. Kepuasan menuju akses sumber pelayanan kes d. Kepuasan terhadap pelayanan berkelanjutan e. Partisipasi keluarga dalam perawatan keluarga 	Kog-aff- psikomor	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sumber pelayanan kesehatan 2. Upaya rujukan 3. Konsling 4. Kunjungan pada fasilitas kesehatan 5. Informasi terhadap upaya pemeliharaan kesehatan 6. Sistem pelayanan kesehatan 7. Sistem pelayanan kesehatan rujukan 8. Bantuan pada keluarga tentang sistem pelayanan kesehatan

D. PELAKSANAAN DAN EVALUASI (Catatan Perkembangan)


Tabel 3. 8
Catatan Perkembangan Hari Pertama

Nama : Ny.S dengan Dx Medis Hipertensi


No	Hari/tgl/jam	Pelaksanaan	Evalusi
1	2	3	4
1	Selasa/10/15.30	<p><u>Tuk 1 : Mampu mengenal Masalah</u></p> <p>Pukul: 15.30 Wib</p> <p>Berikan pendidikan kesehatan tentang Nyeri, Meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Nyeri <p>Media yang digunakan liplet</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.. Bagaimana cara memberi rasan nyaman ketika Nyeri datang kembali <p>Dengan cara teknik non-farmakologi (mis Relaksasi napas dalam)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tanda dan gejala Nyeri hipertensi 	<p>Pukul: 16.00 wib</p> <p>S : Klien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah mengerti definsi Nyeri 2. Klien sudah bisa menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 3. Klien sudah mampu memahami tanda gejala nyeri hipertensi 4. Klien sudah mampu mengenali kapan nyeri terjadi 5. Klien dapat menggambarkan faktor penyebab terjadinya nyeri

		<p>Tanda yang dirasakan ketika Nyeri ,sakit kepala,Asintomatik,Nyeri dada</p> <p>a. Managemen Nyeri</p> <p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi :</p> <p>a) faktor pencetus nyeri:Hipertensi</p> <p>b) Durasi nyeri:</p> <p>c) “Berdenyut – denyut “ Frekwensi Nyeri : saat bangun tidur dan setelah berakt</p> <p>d) kualitas nyeri :Nyeri berat intensitasnya,beratnya</p> <p>Memberikan Pendkes Tentang Hipertensi</p> <p>2. Menggunakan metode penilaian nyeri</p>	<p>6. klien mau menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgesik O : 1. TD: 150/100 mmHg</p> <p>1. klien tidak bisa istirahat 2. klien tampak meringis 3. Skala nyeri = 6(0-10)</p> <p>A : Pada pertemuan pertama, keluarga mulai mengerti Tentang hipertensi dan nyeri yang ditimbulkan nya, masalah masih ada teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Mengevaluasi Pendkes nyeri kepada klien</p> <p>a. Manajemen nyeri</p> <p>1. monitor tanda-tanda vital 2. Lakukan pengkajian secara komprehensif:Durasi nyeri,Frekwensi Nyeri ,kualitas nyeri</p>
--	--	--	---

		<p>yang sesuai :</p> <p>Metode skala nyeri numerik:nilai 6 (0-10)</p> <p>3. Mengidentifikasi bersama pasien faktor penyebab yg dapat menurunkan atau memperberat nyeri Nyeri berkurang bila beristirahat, meningkat bila stress</p> <p>4. Mengurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. kebisingan, suhu ruangan, pencahayaan</p> <p>5. Memberikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi napas dalam dan kompres hangat/dingin Daerah yang terasa nyeri)</p>	<p>3. Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai :Metode skala nyeri numerik</p> <p>Paraf Perawat :</p>
--	--	---	---

		6. Monitor Tanda Vital : TD	 AKIEL
1	2	<u>3</u>	4
2	Selasa/10/16.30 Wib	<u>Tuk 2:</u> Mampu mengambil keputusan Pukul : 16.30 Wib 1. Memberi dukungan keputusan Memberi support pada keluarga untuk membuat keputusan yang berhubungan dengan penyakit hipertensi : secara rutin follow up kesehatan 2. Membangun harapan Menjelaskan tentang penyakit Hipertensi ,bahwa hipertensi bisa sembuh apabila Ny.S mau menghindari faktor pencetus Hipertensi	Pukul 17.00 Wib S: Keluarga menyatakan siap melakukan upaya perawatan pengobatan dan penanganan berlanjut pada Ny.S sebagai bentuk keputusan O: klien mampu mengambil keputusan terhadap Ny.S tentang perawatan di rumah maupun pengobatan di fasilitas kesehatan A: pada pertemuan pertama , keluarga dapat mengambil keputusahn terhadap Hipertensi , Tujuan tercapai

		<p>3. Memberikan Dukungan emosional Memberi support yang mendukung, meminimalisir Perasaan yang timbul pada keluarga akibat penyakit Ny. S : cemas, gelisah, takut, dll</p> <p>4. Memberikan dukungan care giver Memotivasi keluarga dalam upaya perawatan Ny.S di rumah ;mengindari faktor pemicu kekambuhan hipertensi</p> <p>5. Memberiksn dukungan pengasuhan Mensupport keluarga untuk terus melaksanakan pengobatan hingga Hipertensi bisa terkendali</p> <p>6. Informasi dukungan Memberikan penjelasan tentang manfaat pengaruh yang baik dalam melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan serta pengaruh jika tidak ditangani di fasilitas kesehatan</p> <p>7. Kegiatan pengobatan</p>	<p>P: Hentikan Intervensi</p> <p>Paraf Perawat :</p>
--	--	--	--


		Bahwa untuk penyakit hipertensi obat yang dikonsumsi dapat seumur hidup	 AKIEL
--	--	--	--

Tabel 3.9


Catatan Perkembangan Hari Kedua

No	Hari/tgl/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
1	2	3	4
1	Rabu/11/15.30 Wib	<p><u>Tuk 1 : Mampu mengenal Masalah</u></p> <p>Pukul : 15.30 Wib</p> <p>Mengevaluasi pendidikan kesehatan tentang Nyeri pada hari pertama, Meliputi :</p> <p>1. Pengertian Nyeri</p> <p>Media yang digunakan liplet</p>	<p>Pukul : 16.00 wib</p> <p>S : Klien mengatakan :</p> <p>1.Klien dapat menggambarkan faktor penyebab terjadinya nyeri</p> <p>O : 1. Klien sudah mengerti definsi Nyeri,bagaimana cara memberi rasa nyaman ketika</p>

		<p>2.. Bagaimana cara memberi rasan nyaman ketika Nyeri datang kembali Dengan cara teknik non-farmakologi (mis Relaksasi napas dalam)</p> <p>3. Tanda dan gejala Nyeri hipertensi Tanda yang dirasakan ketika Nyeri ,sakit kepala,Asintomatik,Nyeri dada</p> <p>a. Managemen Nyeri</p> <p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi :</p> <p>a) Nyeri yang dirasakan: “Berdenyut – denyut “</p> <p>b) Frekwensi Nyeri : saat bangun tidur</p> <p>c) kualitas nyeri :Nyeri Ringan intensitasnya,ringan</p> <p>2. Menggunakan metode penilaian nyeri yang sesuai : Metode skala nyeri numerik:nilai 4(0-</p>	<p>Nyeri,Tanda dan Gejala Nyeri</p> <p>2. TD :140/90 mmHg</p> <p>3 .klien tampak tenang</p> <p>4.Skala nyeri = 4 (0-10)</p> <p>A : Pada pertemuan kedua, keluarga mulai mengerti nyeri yang ditimbulkannya dan faktor penyebabnya, masalah masih ada teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.Gunakan metode penilaian nyeri yang sesuai :Metode skala nyeri numerik</p> <p>2. Monitor Tanda vital :TD</p> <p>Paraf Perawat :</p>
--	--	--	---


		<p>10) Memberikan pendkes tentang Nyeri</p> <p>3. Monitor Tanda vital: TD</p>	 <p>AKIEL</p>
1	2	3	4
2		<p><u>Tuk 3 : Mampu merawat</u></p> <p>Pukul : 16.30Wib</p> <p>a. Kontrol nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan Tehnik Non farmakologi <ol style="list-style-type: none"> a) Relaksasi : Tehnik napas dalam b) Distraksi : pengalihan nyeri 2. Managemen obat Terapi komplenter Mengajarkan teknik komplementer: Mengonsumsi Ramuan daun Salam dengan direbus 3. Redemonstrasi teknik non farmakologi dan managemen obat dengan teknik komplementer oleh 	<p>Pukul. 17.00 Wib</p> <p>S: Ny.S dan keluarga mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Mau menggunakan perawatan hipertensi dengan teknik non farmakologi :teknik napas dalam dan pengalihan nyeri dan mengonsumsi Ramuan daun salam untuk diminum <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga mulai memahami merawat dengan teknik non farmakologi dan 2. keluarga mampu berkontribusi terhadap perawatan Ny.S dengan penyakit hipertensi


		<p>keluarga :</p> <p>a) Teknik relaksasi : napas dalam b) Mengonsumsi Ramuan daun untuk diminum</p> <p>4. Kepatuhan menyiapkan diet yang tepat (mengonsumsi makan-makanan rendah garam)</p> <p>5. Peningkatan keterlibatan keluarga dalam perawatan</p> <p>6. Dukungan emosional Reinforcement kepada keluarga terhadap peran dalam perawatan hipertensi</p> <p>7. Prilaku gaya hidup sehat dengan menjaga kebersihan di rumah</p>	<p>A: pada pertemuan kedua keluarga mulai mengerti melakukan perawatan dengan teknik non farmakologi Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>a.Kontrol nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tehnik Non farmakologi <ol style="list-style-type: none"> a) Relaksasi : Tehnik napas dalam b. Distraksi : pengalihan nyeri 2. Managemen obat Terapi komplementer Mengajarkan teknik komplementer: Mengonsumsi Ramuan daun salam dengan di direbus untuk diminum 3. Redemonstrasi teknik non farmakologi dan manajemen obat dengan teknik komplementer oleh keluarga :
--	--	---	---

		<p>8. Prilaku makan:Mengonsumsi sayuran,buah –buhan ,makan – makanan dengan rendah garam</p> <p>9. Peningkatan interaksi keluarga :Meningkat untuk menjaga pola makan pasien</p> <p>10. Peningkatan integritas(kekompakan) Keluarga:meningkat ingin merawat pasien secara bergantian dengan anggota keluarga</p> <p>11. Peningkatan kesadaran diri terhadap kesehatan: a. klien menghindari faktor pencetus : Hipertensi (Mis, makanan tinggi garam,)</p>	<p>a. Teknik relaksasi : napas dalam</p> <p>b. Mengonsumsi Ramuan untuk diminum</p> <p>4. Kepatuhan menyiapkan diet yang tepat (mengonsumsi makan-makanan rendah garam)</p> <p>Paraf Perawat :</p>  <p>AKIEL</p>
--	--	--	--


Tabel 3.10
Catatan Perkembangan hari ketiga


No	Hari/tgl/jam	Pelaksanaan	Evaluasi
1	2	3	4
1	Kamis/12/15.00 Wib	<p><u>Tuk 1 : Mampu mengenal Masalah</u></p> <p>Pukul 14.00 Wib</p> <p>1.Menggunakan metode penilaian nyeri yang sesuai :Metode skala nyeri numerik : Nilai 1(0-10)</p> <p>2.Monitor Tanda Vital :TD</p>	<p>Pukul .14.15 wib</p> <p>S : Klien mengatakan dapat menggambarkan faktor penyebab terjadinya nyeri</p> <p>O : 1.TD 120/80 mmHg</p> <p>1. klien tampak tenang 2. Skala nyeri = 1 (0-10)</p> <p>A : Pada pertemuan ketiga, keluarga sudah mengerti Tentang hipertensi dan nyeri yang ditimbulkan nya, masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>

			Paraf Perawat :  AKIEL
1	2	<u>3</u>	4
2	Selasa/12/15.45 Wib	<u>Tuk 3 : Mampu merawat</u> Pukul . 14.45 Wib a.Kontrol nyeri 1. Tehnik Non farmakologi a. Relaksasi : Tehnik napas dalam b. Distraksi : pengalihan nyeri 2. Managemen obat Terapi komplenter Mengajarkan teknik komplementer : Mengonsumsi ramuan daun Salam dengan di rebus untuk diminum 3. Redemonstrasi teknik non farmakologi dan managemen obat dengan teknik komplementer oleh keluarga :	Pukul : 15.15Wib S :Ny.S dan keluarga mengungkapkan : 1. Cara perawatan Hipertensi dengan teknik non farmakologi:Teknik napas dalam dan pengalihan nyeri 2. Cara perawatan hipertensi dengan managemen obat dengan teknik komplementer Ramuan Daun saalam untuk diminum O : Keluarga mampu merawat dengan teknik komplementer

		<p>c. Teknik relaksasi : napas dalam</p> <p>d. Mengonsumsi Ramuan untuk diminum</p> <p>4. Kepatuhan menyiapkan diet yang tepat (mengonsumsi makan -makanan rendah garam)</p>	<p>A : Pada pertemuan ketiga,Ny.S dan keluarga sudah mampu melakukan perawatan. Tujuan tercapai.</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>Paraf Perawat :</p>  <p>AKIEL</p>
1	2	3	4
3	Kamis/12/16.15 Wib	<p><u>Tuk 4 : Mampu Memelihara kesehatan</u></p> <p>Pukul. 15.45 Wib</p> <p>1. Identifikasi faktor resiko : makan - makanan yang asin,aktivitas berat</p> <p>2. Identifikasi resiko</p>	<p>Pkl. 16.15Wib</p> <p>S :Ny.S menyatakan mulai memahami :</p> <p>1. Perawatan dengan menghindari faktor resiko Hipertensi</p> <p>2. Pentingnya menjaga lingkungan</p>

		<p>keamanan terjatuh:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemahaman terhadap gejala hipertensi b. Pemahaman terhadap resiko timbulnya gejala berulang hipertensi c. Kepatuhan terhadap diet dan larangan makan-makanan yang berbahaya untuk Hipertensi <p>3. Cara-cara mencegah terjatuh:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kebersihan rumah b) Kerapihan penataan alat rumah tangga c) Penggunaan alas kaki yang sesuai dengan standart : <ul style="list-style-type: none"> 1) Bagian telapak tidak licin 2) Ada tali pengikat (sendal jepit) <p>4. Memberi dukungan pemeliharaan kesehatan misalnya pengobatan rutin, follow up kesehatan</p> <p>5. Managemen Lingkungan rumah yang</p>	<p>terhadap kesehatan</p> <p>O : Keluarga mendukung upaya pengobatan terhadap Ny.S</p> <p>A : Pada hari ketiga, pelaksanaan pertama Ny.S dan keluarga siap untuk memelihara kesehatan. Tujuan tercapai</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi dengan Rencana tindak lanjut (RTL):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memberi support terhadap integritas keluarga dalam memelihara kesehatan Ny.S 2. Program kunjungan rumah atau home care 3. Rutin melakukan Follow up kesehatan
--	--	---	---

		Aman dan nyaman: Memberi support terhadap integritas keluarga dalam memelihara kesehatan Ny.S dan upaya memodifikasi Lingkungan	Paraf Perawat :  AKIEL
1	2	3	4
4	Kamis/12/16.45 Wib	<p><u>Tuk 5</u> : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>Pukul. 16.45 Wib</p> <p>a. Sumber pelayanan kesehatan , rujukan dan konsling</p> <p>1. Mengidentifikasi pengetahuan Ny.S dan keluarga tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, rujukan dan konsultasi kesehatan</p>	<p>Pukul : 17.15Wib</p> <p>S : Ny.S menyatakan sudah mempunyai kebiasaan memanfaatkan fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas) Bila merasakan sakit.</p> <p>O : Teregistrasi pada Puskesmas dalam memanfaatkan Pelayanan kesehatan</p>

		<p>2. Menjelaskan sumber-sumber pelayanan kesehatan, mulai dari upaya pelayanan kesehatan dasar (Tk 1), pelayanan kesehatan lanjutan (Tk.2 dan tk 3)</p> <p>b. Kunjungan pada fasilitas kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kunjungan Ny.S pada fasilitas kesehatan dasar 2. Reinforcement terhadap perubahan yang ditunjukkan Ny.S dan keluarga <p>c. Memperkuat dukungan keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. follow up kesehatan 2. Akses ke fasilitas kesehatan sesuai dengan Tingkat keparahan penyakit 	<p>A: Pada kunjungan hari ketiga, Ny.S sudah mengerti Fasilitas kesehatan dan cara memanfaatkannya. Masalah teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>Paraf Perawat :</p>  <p>AKIEL</p>
--	--	---	---