

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny. S  
DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI DI KELURAHAN  
MANGUNJIWAN KOTA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Mevilia Binka Agsita

40901800055

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2020/2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny. S  
DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI DI KELURAHAN  
MANGUNJIWAN KOTA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Mevilia Binka Agsita

40901800055

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
UNISSULA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2020/2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Mei 2021



(Mevilia Binka Agsita)

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

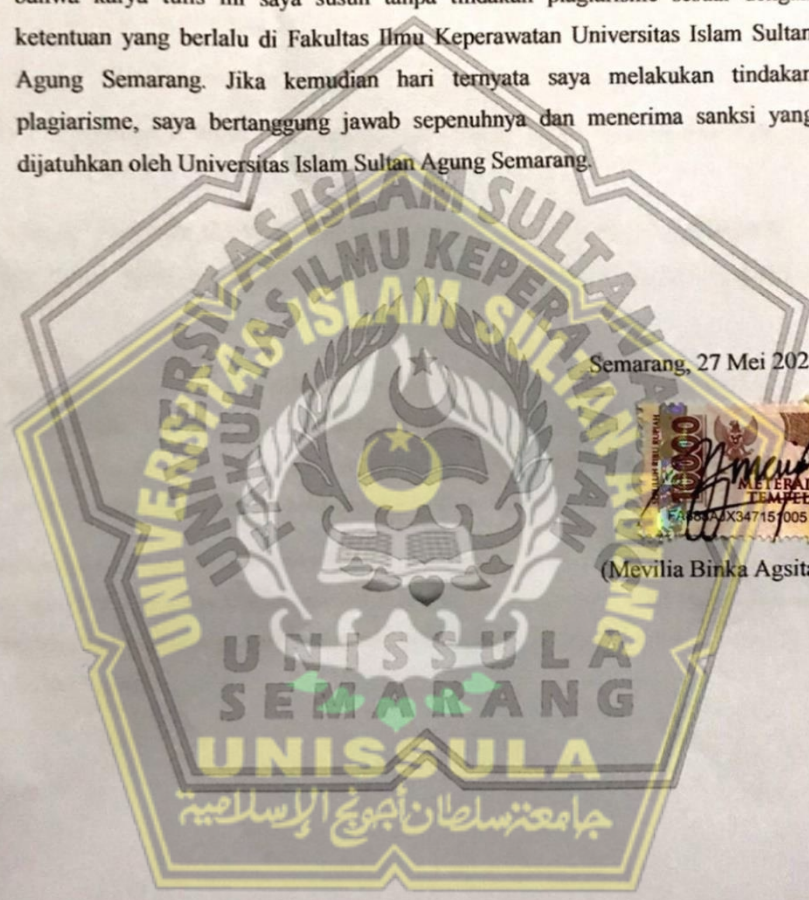
### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Mei 2021



(Mevilia Binka Agsita)





**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny. S  
DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI DI KELURAHAN  
MANGUNJIWAN KOTA DEMAK**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Mevilia Binka Agsita**

**NIM : 40901800055**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya  
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
UNISSULA Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 27 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN : 0613057602

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK UNISSULA Semarang pada Hari Kamis Tanggal 27 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 27 Mei 2021

Penguji I

(Iwan Ardian, SKM, M.Kep)

NIDN : 06-2208-7403

Penguji II

(Ns. Iskim Luthfa, M.Kep)

NIDN : 06-2006-8402

Penguji III

(Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom)

NIDN : 06-1305-7602

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
Iwan Ardian, SKM, M.Kep

**NIDN.062208740**

## MOTTO

*“Allah tidak mungkin menguji Hamba-Nya di luar batas kemampuannya”*

*“Kita terlalu sibuk menilai mana yang benar mana yang salah, mana yang baik mana yang buruk, hingga lupa bahwa yang utama bukan menilai tapi memulai, bukan mencari tapi menjadi”*





## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT, kita memuji-Nya, dan meminta pertolongan, pengampunan serta petunjuk kepada-Nya. Kita berlindung kepada Allah dari kejahatan diri kita dan keburukan amal kita. Barang siapa mendapat petunjuk dari Allah, maka tidak akan ada yang menyesatkannya dan barang siapa yang sesat maka tidak ada pemberi petunjuk baginya. Saya bersaksi bahwa tidak ada Tuhan selain Allah dan bahwa Muhammad adalah hamba dan Rasul-Nya. Semoga doa, shalawat tercurah pada junjungan dan suara tauladan kita Nabi Muhammad SAW. Keluarganya dan sahabat serta siapa saja yang mendapat petunjuk hingga hari kiamat. Amin. Persembahkan karya tulis ilmiah ini dan rasa terimakasih aku ucapkan kepada :

### **Ibunda dan ayahanda tercinta**

Karya tulis ini saya persembahkan untuk orangtuaku (Almarhum Agus Wahyu Wanto dan Ibu Siti Nur Jumasita) tercinta yang paling saya sayangi dan saya banggakan yang selalu mendoakan dan selalu memberi motivasi serta dukungan yang sangat tulus. Karena dengan doa restu yang diberikan orang tua saya dapat melaksanakan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik baiknya. Terima kasih karena Bapak dan Ibu yang selalu meluangkan waktunya untuk mendengarkan keluh kesah yang selama ini saya rasakan. Bapak dan Ibu yang selalu berkerja keras mencarikan nafkah untuk membiayai saya selama saya kuliah dan Ibu yang selalu memberikan dukungan, doa tiada henti untuk putra semata wayangnya ini.

### **Dosen Pembimbing**

Terima kasih kepada Dosen Pembimbing saya Bapak Ns. Asfian yang selalu menyediakan waktu bimbingannya untuk saya dan selalu sabar menghadapi tugas karya tulis saya yang banyak sekali kekurangan sampai bisa sekarang ini.

### **Teman dan sahabatku**

Terima kasih semua teman satu angkatan yang telah menjadi teman, sahabat, keluarga yang saling memberikan support kepada saya dan kita semua saling menguatkan satu dan yang lain, karena kita sama- sama berjuang untuk bisa melewati sidang dan lulus bersama. Semoga kenangan kita tidak akan hilang dimakan waktu.



## PENGANTAR

Assalam'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillahirobbilalamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Ny. S DENGAN PENYAKIT HIPERTENSI DI KELURAHAN MANGUNJIWAN KOTA DEMAK ”** Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung, dan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Ini, yang terhormat :

1. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom, selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas

akademik.

6. Kedua orang tua yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan do" a yang tiada hentinya, dan telah mendukung dengan materil maupun non materil.
7. Seluruh keluarga yang saya cintai, terima kasih atas dukungan dan doa-nya selama ini.
8. Kepada teman-teman sejawat dan seperjuangan, terima kasih atas segala bantuan kalian semoga kebersamaan kita selama 3 tahun ini menjadi momen yang tidak akan pernah terlupakan samapai akhir hayat.
9. Serta kepada seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah- Nya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak pada umumnya. Tiada makhluk yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan peningkatan pengetahuan penulis dimasa mendatang. Sekian dan terima kasih

Wassalamu"alaikum Wr.Wb

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN .....	6
MOTTO.....	7
PENGANTAR .....	11
BAB I .....	15
PENDAHULUAN .....	15
1.1 Latar belakang .....	15
1.2 Tujuan penulisan.....	19
1.3 Manfaat Penulisan .....	20
BAB II.....	21
KONSEP DASAR .....	21
2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi .....	21
2.1.1 Pengertian.....	21
2.1.2 Etiologic .....	21
2.1.3 Patofisiologi.....	22
2.1.4 Manifestasi klinis .....	22
2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik.....	23
2.1.6 Komplikasi .....	23
2.2 Konsep Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi.....	24
2.2.1 Pengkajian Keluarga .....	24
2.2.2 Analisa data .....	25
2.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	25
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	26
2.2.5 Evaluasi .....	34
2.3 Konsep Dasar Keluarga .....	36
2.3.1 Pengertian Keluarga.....	36
2.3.2 Tipe keluarga .....	36
2.3.3 Fungsi keluarga.....	38
2.3.4 Tahap perkembangan keluarga.....	40
2.3.5 Prinsip dasar penatalaksanaan .....	43

2.3.6 Tugasl keluargal bidangl kesehatan .....	43
BAB III.....	45
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN.....	45
3.1 Pengkajian Keperawatan.....	45
3.2 Analisa Data.....	49
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	50
3.4 Prioritas Masalah/Skoring Masalah.....	50
3.5 Rencana Asuhan Keperawatan.....	52
3.6 Implementasi Keperawatan.....	53
3.7 Evaluasi .....	56
BAB IV .....	58
PEMBAHASAN.....	58
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	58
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	59
4.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	63
4.4 Implementasi.....	65
4.5 Evaluasi.....	68
BAB V.....	73
PENUTUP .....	73
5.1 Kesimpulan.....	73
5.2 Saran .....	75
DAFTARL PUSTAKAL.....	76



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang**

Bertambahnya umur seorang, maka banyak pula penyakit yang dirasakan dalam area keluarga, penyakit yang banyak dipunyai oleh tiap anggota keluarga merupakan hipertensi. Hipertensi ialah suatu keadaan dimana seorang mengalami peningkatan darah di atas batasan normal yang ditunjukkan oleh angka systolic (bagian atas) dan angka diastolic (bagian dasar) pada pengecekan tensi darah mengenakan peralatan pengukur tekanan darah baik yang berupa cuff air raksa (Sphygomanometer) ataupun peralatan digital yang lain. (Sumaryati, 2018).

Hipertensi salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang selaku kasus kesehatan yang sangat sungguh-sungguh dikala ini serta masih jadi sesuatu kasus kesehatan, karena yakni penyakit” the silent killer” tidak terdapat ciri maupun gejala yang dapat ditinjau dari luar. (Maulidina, 2019). Efek hipertensi hendak hadapi kenaikan bersamaan bertambahnya umur seorang. Hipertensi jadi sangat beresiko kala pengidap tidak mengendalikan dietnya sebab bila terjalin dalam waktu yang lama hendak bisa memunculkan terbentuknya komplikasi.

Pengidap hipertensi hendaknya tingkatkan pengetahuannya terpaut hipertensi sehingga bisa menanggulangi kekambuhan secara dini ataupun berupaya melaksanakan penangkalan sehingga kurangi terbentuknya

komplikasi. Melindungi serta mempertahankan berat tubuh, kurangi makan-makanan yang memiliki kolesterol, kurangi mengonsumsi garam dalam santapan, melaksanakan diet besar serat, dan lebih banyak konsumsi buah serta sayur merupakan upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah kekambuhan hipertensi. Hendaknya pengidap hipertensi melaksanakan pola hidup sehat untuk kurangi efek komplikasi hipertensi, namun kenyataannya banyak keluarga dengan penyakit hipertensi tidak melaksanakan perawatan yang sesuai dengan konsepnya. (Anshari, 2020)

Dari hasil riset World Health Organization (2019), dari total penduduk dunia, prevalensi hipertensi secara global sebesar 22% serta kurang dari seperlima pengidap melaksanakan upaya pengendalian terhadap tekanan darah yang dipunyai. Afrika selaku negeri dengan prevalensi paling tinggi sebesar 27% disusul Asia Tenggara sebesar 25% dari total peristiwa di dunia. Diperkirakan 1 dari 5 orang wanita di dunia mengidap hipertensi, jumlah ini lebih besar dibandingkan laki-laki ialah 1 dari 4 orang laki-laki

(Putra Apriadi Siregar, Saidah Fatimah Sari Simanjuntak, Feby Harianti B Ginting, Sutari Tarigan, Shafira Hanum, 2020) Hasil Riskesdas 2018, prevalensi kejadian hipertensi di Indonesia pengukuran penduduk umur lebih dari 18 tahun sebesar 34.1%. Angka ini meningkat besar dibandingkan hasil riskesdas tahun 2013 yang membawakan kejadian hipertensi bersumber pada hasil pengukuran tekanan darah pada masyarakat Indonesia sebesar 25.8%. Prevalensi hipertensi sudah mengalami peningkatan yang signifikan pada pengidap berusia 60 tahun ke atas. Belum lama ini mulai sering hadapi kejadian hipertensi pada usia yang relatif lebih muda di warga Indonesia. Jadi jumlah kasus hipertensi di Indonesia ialah 63.309.620 orang, dengan kematian akibat tekanan darah besar di Indonesia sebesar 427.218 jiwa. (Putra Apriadi Siregar, Saidah Fatimah Sari Simanjuntak, Feby Harianti B Ginting, Sutari Tarigan, Shafira Hanum, 2020)



Riskesdas 2018 hipertensi di Jawa Tengah pada penduduk umur lebih dari 18 tahun sebanyak 8, 4%. Data Profil Kesehatan Dinas Kota Semarang tahun 2018 angka hipertensi sebanyak 161. 283 kasus. Bersumber pada data profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah diperoleh data dengan penderita hipertensi di Kota Semarang sebanyak 6, 88%.(Sari et angkatan laut(AL), 2020). Sebaliknya bagi laporan Provinsi Jawa Tengah prevalensi Riskesdam 2018 di kota Demak yang menderita penyakit hipertensi sebanyak 11, 30%.(Kemenkes RI, 2018)

Hipertensi pula penyakit generasi, tetapi pula berhubungan dengan perilaku serta sebagian factor, ini berarti pula berakibat kurang baik untuk keluarga klien, sebab keluarga klien dapat pula mempunyai penyakit hipertensi.(Hidayat, W., Nur' aeny, N. serta Wahyuni, 2020). Sebagian aspek ataupun factor yang bisa pengaruhi besarnya dampak hipertensi antara lain aspek usia, genetika, aktivitas raga, stress dan kepatuhan minum obat ini berarti dampak penderita hipertensi hendak terus jadi besar dengan bertambahnya usia seseorang maupun kondisi tubuh seseorang sangat pengaruhi terhadap dampak kejadian hipertensi seseorang. Ada pula komplikasi bagi Kemenkes RI 2018, ialah stroke, penyakit jantung, infark miokard, kandas ginjal dan kebutaan(Yanti et angkatan laut(AL), 2020).

Kemenkes RI 2019, akibat kurang baik pada penduduk umur 15 tahun keatas sudah didapatkan informasi pada factor resiko semacam proposisi pada warga yang kurang makan sayur serta buah sebanyak 95%, proposisi kurang kegiatan raga 35, 5%, proposisi merokok 29, 3% proposisi kegemukan sentral 31% serta proposisi universal 21, 8%. Dari prevalensi di atas kita bisa mengenali jika akibat kurang baik untuk Negeri Indonesia ialah berikan nilai negative bila prevalensi hipertensi terus menjadi bertambah bersamaan bertambahnya umur pada manusia, beberapa 9, 4 juta penyebab kematian sebab hipertensi, karena itu sangat berarti untuk kita untuk senantiasa mengendalikan

serta senantiasa memandang factor efek pada hipertensi(Arini& Kartika, 2019).

Kemenkes RI 2018, pemerintah sudah merancang program penatalaksanaan penanggulangan hipertensi, yang awal pada warga pemerintah membentuk serta meningkatkan Posbindu PTM untuk memonitoring FR PTM serta HT, yang kedua pula melakukan FKTP/ PKM PANDU secara Promotif(melakukan penyuluhan/ KIE), secara Preventif(mengetahui dini factor resiko PTM, surveilins HT, serta kemitraan), serta secara Kuratif&Rehabilitatif(temuan serta tatalaksanaan permasalahan HT serta rujukannya)

Dalam(Sulaiman, 2018), penatalaksanaannya yakni semacam diit rendah garam dan lemak, olahraga, tidak merokok dan merubah style hidup. Penindakan secara farmakologis terdiri banyak sekali tipe obat yang dapat digunakan untuk pengobatan tekanan darah besar yang diucap dengan antihypertensive medicine (obat- obatan anti hipertensi), semacam obat- obat penghambat Angiotensin Converting Enzyme(ACE), obat jenis ACE, Obat kalangan deuretik, membantu ginjal membuang garam dan air yang hendak kurangi volume cairan diseluruh tubuh sehingga merendahkan tekanan darah, serta obat kalangan simpatetic, vasodilator, $\beta$ - bloker, $\alpha$ - blocer. Dengan ini menolong keluarga agar menyelesaikan kasus kesehatan dengan tata cara tingkatkan kesanggupan keluarga melakukan peranan dan tugas keperawatan kesehatan keluarga. Dengan ini pengobatan farmakologi hendaknya diminimalkan dalam penggunaannya, sebab dapat menimbulkan ketergantungan serta mempunyai kontra gejala, oleh sebab itu pengobatan yang wajib diutamakan ialah pengobatan non- farmakologis untuk kurangi rasa nyeri pada sendi.

Terdapat pula peran perawat dalam membantu keluarga yang anggota keluarganya mengalami penyakit hipertensi antara lain: memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri, jadi coordinator untuk mengatur program kegiatan ataupun dari sebagian disiplin ilmu, sebagai pengawas kesehatan, sebagai konsultan dalam mengatasi kasus.(Airlangga, 2018)

Bersumber pada paparan diatas, hingga penulis tertarik untuk menyusun laporan akhir dengan pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga kepada Ny. S yang mengidap hipertensi serta melaksanakan intervensi, implementasi serta mengevaluasi. Dengan menjadwalkan waktu yang sudah disepakati untuk pemberian pembelajaran kesehatan, menginformasikan makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, dan menyarankan untuk olahraga serta senam hipertensi.

## **1.2 Tujuan penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penulisan KTI ini bertujuan untuk menjelaskan tentang Asuhan Keperawatan keluarga dengan masalah utama hipertensi di rumah Ny. S di Demak.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.
- b. Mampu mendeskripsikan analisa data pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.
- c. Mampu menjelaskan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.
- d. Mampu mengetahui intervensi keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi

- e. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.
- f. Mampu mengevaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.

### 1.3 Manfaat Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat kepada:

1. Kepada Institusi pendidikan  
Mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya keperawatan yang bertujuan untuk menyiapkan mahasiswi keperawatan khususnya D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan yang berdedikasi dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistic.
2. Kepada Profesi keperawatan  
Sebagai acuan untuk lebih meningkatkan kemampuan dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi.
3. Kepada Lahan praktik  
Sebagai pedoman pembelajaran asuhan keperawatan keluarga khususnya dengan masalah hipertensi di rumah.
4. Kepada Masyarakat  
Sebagai sumber informasi untuk masyarakat yang bertujuan meningkatkan pengetahuan mengenai pemberian asuhan keperawatan keluarga khususnya Hipertensi.

## BAB II

### KONSEP DASAR

#### 2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

##### 2.1.1 Pengertian

Hipertensi ataupun tekanan darah besar merupakan kenaikan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg serta tekanan darah diastolik dari 90 mmHg. Kenaikan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama(persisten) bisa menyebabkan kehancuran pada ginjal, jantung serta stroke. Hipertensi ialah penyakit tidak meluas yang jadi salah satu pemicu utama kematian premature di dunia. Bagi World Health Organization(2019), dari total penduduk dunia, prevalensi hipertensi secara global sebesar 22% serta kurang dari seperlima pengidap melaksanakan upaya pengendalian terhadap tekanan darah yang dipunyai. Di Indonesia, hipertensi terus bersamaan menurunnya angka keberhasilan penyembuhan serta pengetahuan yang kurang baik pada warga(Arisandi et angkatan laut(AL)., 2020)

##### 2.1.2 Etiologic

- a. Hipertensi primer dekat 95% pengidap yakni hipertensi esensial(primer). Faktor hipertensi ini masih belum diketahui, tetapi aspek genetik dan zona diyakini memunculkan hipertensi esensial. Aspek wilayah pula mempengaruhi terjadinya hipertensi: konsumsi garam berlebihan, obesitas dan aktivitas hidup yang tidak sehat(Lumi et angkatan laut(AL)., 2018)
- b. Hipertensi sekunder dekat 5% pengidap hipertensi  
Hipertensi sekunder terjalin karena konsumsi alkohol berlebihan, penyakit ginjal maupun renalis, koarktasio (penyempitan) aorta serta

sindrom cushing maupun penyakit yang disebabkan oleh hormon kortisol yang abnormal(Lumi et angkatan laut(AL)., 2018)

### **2.1.3 Patofisiologi**

Proses terjadinya hipertensi ialah menurunnya tonus otot vaskuler merangsang saraf simpatis untuk diturunkan ke sel jugularis. Sel jugularis ini yang memunculkan meningkatnya tekanan darah, apabila sel jugularis ini diteruskan pada ginjal hendak mempengaruhi ekskresi renin yang berkaitan dengan angiotensin, adanya pergantian angiotensin II berakibat terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah dan dapat tingkatkan hormon aldosteron yang memunculkan retensi natrium. etiologi. Adanya peningkatan tekanan darah hendak menimbulkan kehancuran pada organ semacam ginjal, mata apabila hipertensi tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan stroke, gagal jantung, gagal ginjal dan hambatan pengelihatan.(Lumi et angkatan laut(AL)., 2018)

### **2.1.4 Manifestasi klinis**

Pada hipertensi ciri serta indikasi dibedakan jadi:

- 1) Tidak Bergejala, maksudnya tidak ada gejala spesial yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, tidak cuma penentuan tekanan arteri oleh dokter yang mengecek, apabila kelainan arteri tidak diukur, sampai hipertensi arterial tidak hendak pernah terdiagnosa.
- 2) Gejala yang universal, gejala yang universal menyertai hipertensi ialah nyeri kepala, keletihan. Namun Mengenai ini jadi gejala yang terlazim pula pada kebanyakan pengidap yang mencari pertolongan medis. Ciri klinis pengidap hipertensi antara lain: mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, keletihan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, uraian menurun. Gejala yang lain yang sering

ditemui: marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang- kunang(Dwi Asututi& Puspita Krishna, 2019)

### **2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik**

Pengecekan diagnostik Bagi Brunner& Suddarth, Pengecekan diagnostik penderita Hipertensi terdiri dari:

- 1) Riwayat dan pemeriksaan fisik, tercantum pengecekan retina, pengecekan laboratorium untuk mengenali kehancuran organ, tercantum urinalis, kimia darah(natrium, kalium, kreatinin, glukosa puasa, lipoprotein total dan lipoprotein densitas rendah); EKG dan ekokardiografi yang bertujuan mengkaji hipertrofi ventrikel kiri.
- 2) Pengecekan bonus semacam bersihan kreatinin, isi rennin, pengecekan urine dan protein urine 24 jam dapat dilakukan. Kolesterol dan rendah lemak, membatasi alkohol dan kafein.

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi Komplikasi yang bisa disebabkan oleh Hipertensi adalah serangan jantung dan gagal jantung, gagal ginjal, kebutaan, arteriosklerosis (kerusakan pembuluh darah) dan stroke(Dwi Asututi & Puspita Krishna, 2019)

## 2.2 Konsep Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi

Dalam pengkajian ini bertujuan untuk menentukan kemampuan klien dalam memelihara diri sendiri sekaligus melengkapi data dasar untuk memuntuk rencana keperawatan, dan juga memberi kesempatan klien untuk berkomunikasi. Dalam pengkajian ini meliputi aspek fisik, psikis, sosial, dan spiritual dengan melakukan kegiatan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi. Untuk itu format pengkajian yang digunakan yaitu format pengkajian pada keluarga yang dikembangkan yaitu:

### 2.2.1 Pengkajian Keluarga

- 1) Identitas Klien (nama kepala keluarga, umur)terus menjadi bertambahnya umur bisa menimbulkan penurunan guna system kardiovaskuler semacam penurunan keahlian jantung untuk memompa darah ke segala badan serta penurunan elastisitas pada bilik pembuluh aorta yang menimbulkan indikasi hipertensi(Faris, Adnan Naufal,(2017)), pembelajaran, pekerjaan, alamat, komposisi table keluarga, status imunisasi, genogram, jenis keluarga, suku serta bangsa, agama, status social ekonomi keluarga, kegiatan tamasya keluarga
- 2) Riwayat serta tahap perkembangan (sesi pertumbuhan dikala ini, sesi pertumbuhan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat kesehatan inti(riwayat kesehatan KK, Istri, anak), riwayat kesehatan tadinya.
- 3) Lingkungan (ciri rumah, ciri orang sebelah serta komunitas RW, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga serta interaksi dengan warga, system pendukung keluarga
- 4) Struktur keluarga (pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur kedudukan, nilai serta norms keluarga)



- 5) Fungsi keluarga (guna sfektif, guna social, guna keperawatan keluarga (tugas keluarga dalam bidang kesehatan), kebutuhan nutrisi keluarga, kerutinan tidur, rehat serta latihan, guna reproduksi, guna ekonomi.
- 6) Dtres serta koping keluarga (stressor jangka pendek serta panjang, keahlian keluarga dalam merespon terhadap suasana serta stressor, strategi koping yang digunakan
- 7) Strategi penyesuaian diri disfungsional.
- 8) Pemeriksaan fisik (sesuatu proses mengecek badan serta gunanya dari ujung kepala hingga ujung kaki (head to toe) untuk menciptakan terdapatnya isyarat dari sesuatu penyakit.
- 9) Harapan keluarga (sesuatu harapan yang di idamkan keluarga kedepan yang lebih baik)

### **2.2.2 Analisa data**

Merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk memuntuk kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan klien dan keperawatan klien.

### **2.2.3 Diagnosa Keperawatan**

Tahapan Diagnosa keperawatan jadi salah satu tahapan dimana perawat mempraktikkan ilmu serta pengetahuannya untuk bisa menetapkan diagnosa penderita serta menegakkan diagnosa keperawatan.(Sinaga, 2020) Sesuai hasil pengkajian serta riset yang didapatkan dari standar diagnosa keperawatan indonesia dengan permasalahan hipertensi Tim Pokja SDKI(2017) selaku berikut:

1. Nyeri kronis b. d tekanan emosional

Nyeri kronis adalah nyeri yang terus

menerus terjadi selama tiga bulan atau lebih. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Hal ini dikarenakan penderita nyeri kronis merasa berbagai pengobatan yang dijalannya tidak dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan.(Sari, 2017)

## 2. Gangguan mobilitas b. d nyeri

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi merupakan suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik(Basuki, 2019)

## 3. Defisit pengetahuan b. d kurang terpapar informasi

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respons(PPNI,2016)

### **2.2.4 Intervensi Keperawatan**

Standar intervensi keperawatan merupakan standar profesi keperawatan untuk memastikan serta melaksanakan aplikasi keperawatan sesuai dengan diagnosa yang mencakup perencanaan keperawatan semacam tingkat aplikasi, jenis, upaya kesehatan, bermacam tipe klien serta tipe intervensi Regu Pokja SIKI(2018). Intervensi keperawatan yang sesuai dengan diatas:

1. Nyeri kronis b. d tekanan emosional d. d mengeluh nyeri , klien nampak meringis sertagelisah, Gelisah menurun, skala nyeri menurun.

a. Tujuan Umum dan Khusus:

Selesai dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit (setiap pertemuan), maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis kesakitan menurun, Gelisah menurun, skala nyeri menurun.

b. Intervensi Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri hipertensi bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit dan tidak nyaman. Secara umum manajemen nyeri hipertensi ada dua yaitu manajemen farmakologi (obat-obatan) dan manajemen non farmakologi.

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya (Mutaqin dan Sari, 2017)

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional: dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien (Le Mone, et al., 2017)

- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

- d) Rasional: dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan oleh klien (Anggarini, 2018)

- e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, perawat dapat mengetahui faktor nyeri timbul

- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

Rasional: dengan mengidentifikasi pengetahuan klien, perawat dapat mengedukasi klien tentang penyakitnya

g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Rasional: dengan mengidentifikasi pengaruh nyeri pada klien, perawat dapat mengetahui dampak dari terapi yang diberikan

h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan  
Rasional: dengan memonitor keberhasilan terapi dapat membantu mengetahui respon yang lebih baik

i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: dapat mengetahui efek samping dari terapi

2) Terapeutik

Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi relaksasi, kompres hangat)

1. Terapi relaksasi

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan dalam hal ini perawat dapat melatih nafas dalam yang merupakan suatu bentuk terapi nonfarmakologis, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi dalam darah. Dari penelitian mengenai Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Pada Penderita Hipertensi diperoleh kesimpulan bahwa sebagian besar nyeri yang dialami oleh 2 responden adalah nyeri sedang dengan skala 4-6 (nyeri sedang). Setelah diberikan

terapi relaksasi nafas dalam ini turun menjadi 3-4 (nyeri ringan). Dari hasil observasi ada pengaruh dari pemberian terapi teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri pada penderita hipertensi. Pemberian terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan 2 hari ketika responden mengalami nyeri hipertensi. Untuk penurunan skala nyeri dari 2 responden berbeda-beda tergantung dari tingkat konsentrasi, rileks, nyaman dan suasana tenang yang ada disekitar responden (Nurtanti & Puspitaningrum, 2017).

b) Kompres panas/hangat

Kompres hangat merupakan suatu tindakan untuk mengatasi nyeri dengan menggunakan teknik konduksi sehingga didapatkan menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah, meningkatkan permeabilitas pembuluh darah kapiler, meningkatkan metabolisme seluler, merelaksasikan otot, dan meningkatkan aliran darah ke suatu area nyeri.

Kompres hangat memiliki tujuan untuk memuntok otot tubuh menjadi rileks lagi, menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri, memberikan ketenangan dan kenyamanan, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, merangsang peristaltik, menurunkan kekakuan tulang sendi dan memperlancar pengeluaran cairan. Penggunaan kompres hangat digunakan lebih efektif untuk area nyeri yang dapat mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia neuron yang memblok transmisi lanjut rangsang nyeri yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan peningkatan aliran darah di daerah yang dilakukan, serta melakukan kompres hangat tidak ada dampak negatif yang ditimbulkan

1. Hasil pengkajian nyeri didapatkan hasil kompres hangat efektif Mengurangi Nyeri Pada hipertensi, pasien I mengalami penurunan skala nyeri 7 sedangkan pasien II mengalami penurunan skala nyeri 7. (Nurtanti & Puspitaningrum, 2017):

- a) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: Suhu ruangan, pencahayaan)
- b) Fasilitas istirahat dan tidur.
- c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- d) Edukasi
- e) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri\  
Rasional: dengan menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri klien dapat mengetahui lebih jelas
- f) Jelaskan strategi meredakan nyeri  
Rasional: untuk memudahkan klien jika nyeri kambuh klien dapat meredakan nyeri secara mandiri
- g) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri  
Rasional: dengan memonitor nyeri secara mandiri dapat membantu perawat mengetahui hilang timbulnya rasa nyeri
- h) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepa  
Rasional: pemberian analgetik untuk meredakan nyeri
- i) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  
Rasional: pemberian teknik nonfarmakologis dapat membantu klien dalam mengurangi kecemasan nyeri
- j) Kolaborasi  
Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu  
Rasional: pemberian analgetik dapat memblok nyeri pada susunan syaraf pusat

## 2. Gangguan mobilitas fisik b.d.nyeri

### a. Tujuan umum dan khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit (setiap pertemuan), maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: aktivitas fisik klien meningkat, klien mampu mempertahankan mobilitas secara optimal.

### b. Intervensi

#### Dukungan ambulansi

##### 1) Observasi

##### a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: untuk mengetahui adanya keluhan yang lain

##### b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi

Rasional: dengan mengidentifikasi toleransi fisik dapat dilakukan segera

##### c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi

Rasional: dengan memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulansi tindakan yang harus dilakukan

##### d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi

Rasional: dengan memonitor dapat mengontrol kondisi klien

##### 2) Terapeutik

##### a) Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (misal tongkat, kruk)

Rasional: dengan memfasilitasi dapat membantu klien beraktivitas

##### b) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu

Rasional: fasilitasi kegiatan mobilitas agar klien tidak pasif

- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Rasional: dapat mempermudah klien untuk beraktifitas

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

Rasional: dengan menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, klien dapat mengetahui tujuan tata cara ambulasi

- b) Anjurkan ambulasi dini

Rasional: memudahkan klien untuk melakukan tindakan

- c) Ajarkan ambulasi sederhana yang dilakukan (misal berjalan dari tempat tidur ke kursi roda berjalan sesuai toleransi)

Rasional: untuk melatih klien melakukan tindakan

- c) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

- a. Tujuan Umum dan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit (setiap pertemuan), maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: klien mampu melaksanakan prosedur penatalaksanaan yang telah dijelaskan oleh tenaga kesehatan, dan klien mampu menjelaskan kembali tentang apa yang dijelaskan oleh tenaga kesehatan.

- b. Intervensi

Edukasi Kesehatan

- 1) Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: dalam mengidentifikasi kesiapan perawat dapat mengetahui kesiapan dalam menerima informasi



- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: dengan mengidentifikasi dapat mengetahui peningkatan dan penurunan hidup bersih dan sehat

## 2) Terapeutik

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: dengan menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan memudahkan klien untuk menambah pengetahuannya

- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional: mempermudah pelaksanaan pendidikan kesehatan

- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: memudahkan klien jika belum mengerti dan berikan kesempatan bertanya

## 3) Edukasi

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: memudahkan klien untuk mengetahui resiko-resiko yang harus dihindari

- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: memudahkan klien untuk hidup bersih dan sehat

- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: memudahkan klien untuk menjalani hidup lebih sehat(SIKI,2018)

#### 4) Pelaksanaan

##### a. Memberikan edukasi pada keluarga

Tujuan edukasi upaya pencegahan penyakit hipertensi pada masyarakat dilakukan agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam hal upaya untuk mencegah penyakit hipertensi. Metode yang digunakan yaitu pemeriksaan secara langsung tekanan darah dan kadar kolesterol pada masyarakat serta penyuluhan. (Akbar & Tumiwa, 2020)

Beberapa edukasi pada hipertensi adalah:

1. Edukasi penyakit hipertensi
2. Pentingnya pengendalian dan pemantauan diet garam
3. Komplikasi dan faktor resiko hipertensi
4. Mengontrol asupan makan dan aktivitas fisik
5. Mengenali tanda dan gejala hipertensi
6. Intervensi non-farmakologis dan farmakologis (distraksi-relaksasi, kompres hangat).

### 2.2.5 Evaluasi

Perencanaan keperawatan bisa berhasil jika dapat memenuhi kriteria hasil Tim Pokja SLKI (2019) :

##### a. Nyeri kronis dapat terkontrol jika memenuhi kriteria hasil:

Luaran utama

- Tingkat nyeri

a) Keluhan nyeri menurun (dari skala 1 menuju 5)

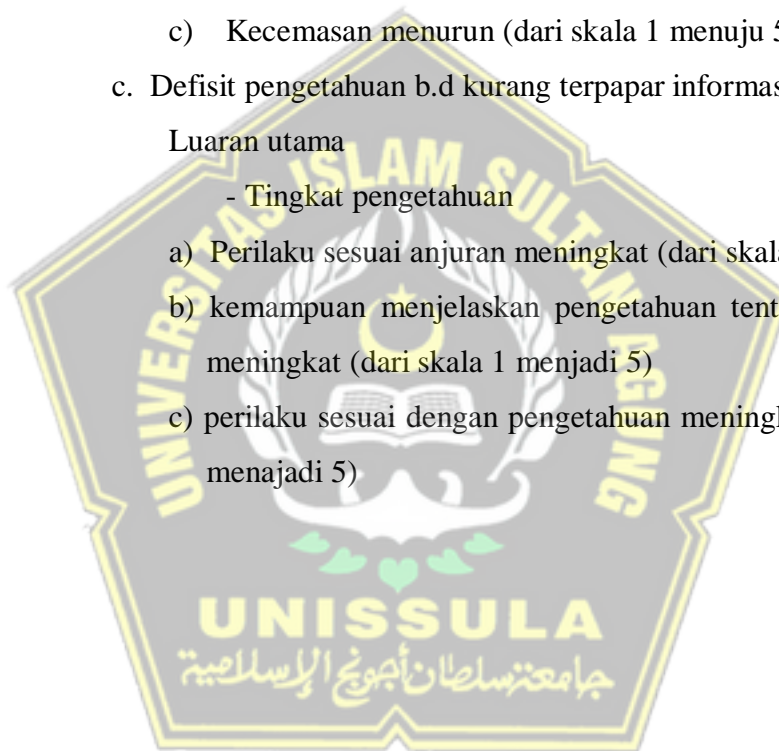
- b) Merinigs menurun (dari skala 1 menuju 5)
- c) Gelisah menurun (dari skala 1 menuju 5)
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
  - Luaran utama
    - Mobilitas fisik
  - a) Nyeri menurun (dari skala 1 menuju 5)
  - b) Gerakan terbatas menurun (dari skala 1 menuju 5)
  - c) Kecemasan menurun (dari skala 1 menuju 5)

- c. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Luaran utama

- Tingkat pengetahuan

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat (dari skala 1 menjadi 5)
- b) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (dari skala 1 menjadi 5)
- c) perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (dari skala 1 menjadi 5)



## 2.3 Konsep Dasar Keluarga

### 2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam warga yang mempunyai kedudukan berarti dalam memajukan bangsa serta negeri. Butuh kekuatan serta perjuangan dalam membina rumah tangga supaya segala komponen dalam keluarga sanggup melaksanakan guna serta tugas tiap- tiap sesuai struktur dalam keluarga. Keluarga idaman merupakan idaman seluruh orang setelah berkeluarga, jadi orangtua yang sukses mendidik anak- anaknya, membesarkan anak dengan raga serta psikis yang tumbuh optimal, serta mempunyai akhlak mulia dan melahirkan generasi yang penuh dengan keimanan kepada Allah SWT. Melaksanakan guna, tugas serta tanggung jawab dalam keluarga haruslah senantiasa berharap kepada Allah SWT supaya segala keluarga sanggup menempuh hidup di dunia ini sesuai dengan pertumbuhan era serta senantiasa jadi keluarga yang sakinah mawaddah warahmah (Jannah, 2018)

### 2.3.2 Tipe keluarga

Ada beberapa tipe keluarga yaitu :

#### a. Tipe Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga Inti (Nuclear Family), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- 2) Keluarga Besar ( Exstended Family ), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
- 3) Keluarga “Dyad” yaitu suatu rumahtangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

- 4) “Single Parent” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 5) “Single Adult” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah)

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

- 1) The Unmarried teenage mother Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah
- 2) The Stepparent Family Keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) Commune Family Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- 4) The Non Marital Heterosexual Cohabiting Family Keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) Gay And Lesbian Family Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami – istri (marital partners).
- 6) Cohabiting Couple Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 7) Group-Marriage Family Beberapa orang dewasa menggunakan alat – alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
- 8) Group Network Family Keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai – nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan

saling menggunakan barang – barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya

- 9) Foster Family Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
- 10) Homeless Family Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanent karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) Gang. Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang- orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan criminal dalam kehidupannya (Metha, 2017)

### **2.3.3 Fungsi keluarga**

Keluarga memiliki 5 fungsi yakni sebagai berikut:

#### **a. Fungsi Afektif**

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangka konsep diri positif. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah (Friedman, M. Met al., 2010):

- 1) Saling mengasuh yaitu memberikan cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif maka fungsi afektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga di mulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu, dan orang-orang yang ada di sekitarnya. Kemudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi makanan, pakaian, dan tempat tinggal.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri, hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian.

e. Fungsi Perawatan

Kesehatan Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan

kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat ditinjau dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan. (Manurung, 2018)

#### 2.3.4 Tahap perkembangan keluarga

Berdasarkan konsep Duvall dan Miller, tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8:

a. Keluarga Baru (Berganning Family) Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Menetapkan tujuan bersama.
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok social.
- 4) Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB.
- 5) Persiapan menjadi orangtua.
- 6) Memahami prenatal care (pengertisan kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

b. Keluarga dengan anak pertama < 30 bulan (Child Bearing). Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi klasik Le Master dari 46 orang tua dinyatakan 17 % tidak bermasalah sebaliknya bermasalah dalam hal:

- 1) Suami merasa diabaikan.
- 2) Peningkatan perselisihan dan argument.
- 3) Interupsi dalam jadwal kontinu.
- 4) Kehidupan seksuall dan social terganggu dan menurun.



c. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah

Tugas perkembangannya adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kotak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
- 2) Membantu anak bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
- 4) Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga.
- 5) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak.
- 6) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (6–13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
- 2) Mendukung anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 3) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 4) Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikut sertakan anak.
- 5) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga

e. Keluarga dengan Anak Remaja (13-20 tahun).

- 1) Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:  
Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan

yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi).

- 2) Memelihara komunikasi terbuka antara anak dan orang tua dan menghindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- 3) Memelihara hubungan intim dalam keluarga
- 4) Mempersiapkan perubahan system peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

f. Keluarga dengan Anak Dewasa (anak 1 meninggalkan rumah). Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai suami istri, kakek dan nenek. Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman.
- 3) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- 6) Berperan suami-istri kakek dan nenek.
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Keluarga Usia Pertengahan (Middle Age Family).

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat social dan waktu santai.

- 2) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua
  - 3) Keakraban dengan pasangan.
  - 4) Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
  - 5) Persiapan masa tua/pension.
- h. Keluarga Lanjut Usia.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- 1) Penyesuaian tahap masa pension dengan cara merubah cara hidup.
- 2) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.
- 3) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- 4) Melakukan life review masa lalu (Manurung, 2018)

### **2.3.5 Prinsip dasar penatalaksanaan**

Ada beberapa prinsip penting yang perlu diperhatikan dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga yaitu:

- a. Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan.
- b. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan Kesehatan keluarga sehat sebagai tujuan utama.
- c. Asuhan keperawatan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan keluarga, perawat melibatkan peran aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya.
- e. Lebih mengutamakan kegiatan-kegiatan yang bersifat proaktif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Metha, 2017)

### **2.3.6 Tugas keluarga bidang kesehatan**

- a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan

- b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan
- c. Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- d. Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan dapat
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat (Manurung, 2018)



## **BAB III**

### **RESUME ASUHAN KEPERAWATAN**

Dalam Bab 3 ini penulis akan memaparkan resume keperawatan “Asuhan Keperawatan Keluarga Almarhum Bapak A Dengan Penyakit Hipertensi yang di derita oleh Ny.S di Kelurahan Mangunjiwan Kota Demak” yang telah meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

Klien berinisial Ny. S ini berusia 54 tahun yang berjenis kelamin perempuan, klien tinggal di Griya Bhakti Praja bersama anaknya yang ke dua, anak klien yang pertama sudah menikah dan telah memiliki rumah sendiri, dan anak kedua masih sekolah, klien mengatakan dalam keluarga selalu mempertahankan komunikasi yang terbuka pada keluarganya. Keluarga Ny. S berada di tahap perkembangan usia pertengahan, Ny. S mengatakan masih memiliki tanggungan untuk menguliahkan anaknya yang kedua.

Dalam riwayat kesehatan keluarga, almarhum Tn. A sekaligus suami dari Ny. S memilki riwayat Stroke, hipertensi dan pernah di rawat di Rumah Sakit, Ny. S mengatakan memiliki riwayat Hipertensi dan tidak pernah di rawat di rumah sakit, Ny. S mengeluh nyeri di bagian tengkuk, tengkuk terasa kaku, sering merasakan pusing dan gelisah. Klien mengatakan jika badan kurang sehat Ny. S pergi ke klinik keluarga terdekat dan beristirahat dirumah. Ny. S mengatakan sudah mengetahui tentang kondisinya, saat di tanya pengertian hipertensi, tetapi tidak memahami mengenai penyebab hipertensi, makanan yang sebaiknya tidak di konsumsi, dan makan yang di hindari, serta bagaimana cara mengatasi hipertensi secara non farmakologis. Pada riwayat kesehatan anak Ny. S tidak memiliki riwayat hipertensi saat ini. Ny. S mengatakan dalam riwayat kesehatan

sebelumnya, riwayat keluarga almarhum Tn. A pernah memiliki riwayat penyakit Hipertensi begitu juga dengan keluarga Ny. S memiliki riwayat Hipertensi.

Dalam lingkungan atau karakteristik rumah Ny. S dapat dideskripsikan yaitu terdiri dari teras, ruang tamu, 3 kamar tidur, dapur, kamar mandi, cara pengaturan prabot sudah rapi, kebiasaan merawat rumah di sapu dan di pel sehari-hari, Ny. S mengatakan ukuran rumah 12 x 8 M, terdapat ventilasi, jendela dan lantai berubin. Lingkungan Ny. S cukup baik, hubungan antar keluarga dan komunitas antar RT juga baik. Pelayanan yang ada di lingkungan sekitar terdapat dokter, klinik, RS, bidan klinik, dan apotek. Ny. S mengatakan pernah tinggal di jl. Pemuda saat masih muda dan pindah di alamat sekarang semenjak menikah dengan Alm. Tn. A, klien tinggal selama 26 tahun. Rumahnya merupakan daerah perkotaan, dekat dengan Jl. Raya mudah dijangkau oleh motor atau kendaraan beroda 4. Dalam interaksi dengan masyarakat Ny. S mengikuti arisan Dawis dan PKK, dan anaknya (Ny. P) juga mengikuti arisan di tempat yang sama dengan Ny. S. Ny. S mengatakan jika membutuhkan pertolongan kesehatan di bantu oleh anak-anaknya dan di bawa ke klinik keluarga, ketika Ny. S menuju ke pelayanan kesehatan transportasi di bantu oleh anak-anaknya.

Dalam pola komunikasi keluarga Ny.S terbuka, komunikasi antar keluarga baik, tidak ada masalah, setiap memiliki masalah selalu dilakukan dengan musyawarah. Dalam mengambil keputusan Ny. P dan An. M selalu mengikuti keputusan yang terbaik menurut Ny. S . semua anggota keluarga berperan sesuai dengan perannya masing-masing. Ny.S sebagai kepala keluarga sekaligus menjadi ibu untuk anak-anaknya sebagai pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman pada keluarga, selain itu Ny. S juga sebagai nenek dari anak Ny. P. Ny. P berperan sebagai anak dari Ny. S dan Ibu dari anak-anaknya, An. M berperan sebagai siswi yang harus belajar dan patuh kepada orang tua. Dalam keluarga Ny. S setiap anggota keluarga memiliki peran sebagai pendorong atau pendukung bagi yang lain. Meskipun Ny. S tidak memiliki anak laki-laki , tetapi ke 2 anaknya selalu

menyanyi dan bertanggung jawab dan selalu mematuhi aturan agama dan masyarakat.

Dalam fungsi keluarga Ny. S saling mendukung satu sama lain, dapat menyelesaikan masalah dengan musyawarah, saling menyayangi, saling perhatian, jika salah satu anggota keluarga ada yang sakit, maka segera di bawa ke klinik atau Rumah Sakit terdekat. Selain itu Ny. S dapat membina sosialisasi pada anak-anaknya sehingga dapat membentuk norma dan aturan- aturan sesuai perkembangan anak-anaknya. Dalam kemampuan keluarga Ny. S mengenal masalah yaitu, Ny. S mengatakan dirinya memiliki hipertensi sejak 4 tahun yang lalu, Ny. S mengetahui jika klien terkena darah tinggi saat tekanan darahnya 170/120mmHg, Ny. S tidak mengetahui penyebab dan bagaimana cara mengatasinya dengan tepat, Ny. S mengatakan jarang melakukan olahraga di pagi hari, Ny. S mengatakan ingin mengetahui lebih mengenai penyakit hipertensi. Ny. S selalu mengambil keputusan secara tepat, seperti halnya Ny.S jika sakit segera berobat ke klinik.keluarga merawat anggota yang sakit dengan membelikan obat diapotek, mengatur pola diit garam, dan menganjurkan Ny. S beristirahat dan berjemur setiap pagi.

Dalam memelihara lingkungan, keluarga Ny.S mengerti cara memelihara lingkungan yang sehat pada pengaruh keluarga. Dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang terdekat dari rumah Ny. S adalah klinik keluarga, apotek, dan Rumah sakit. Keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan adalah kesehatan keluarga dapat teratasi dan klinik terdekat karena dapat di jangkau oleh keluarga. Dalam kebutuhan nutrisi Ny.S dan keluarga makan dalam sehari yaitu 3x , makanan sehari-hari adalah nasi, lauk pauk,dan sayur bervariasi setiap harinya, Ny. S mengatakan minumnya banyak, dalam 1 hari kurang lebih 2 liter per hari. Dalam pola tidur Ny. S tidur malam biasanya jam 21.00 malam dan jam 04.30 sudah bangun klien jarang tidur siang, Ny.S istirahatnya cukup dan aktivitas olahraganya jarang. Dalam bereproduksi Ny.S

tidak menggunakan KB. Dalam fugsu ekonomi Ny. S mengatakan biaya hidupnya dari pensiunan suaminya dan di bantu anaknya (Ny. P).

Dalam stressor jangka pendek yang dirasakan Ny. S bersumber pada sakit yang dirasakan. Stressor jangka panjangnya adalah Ny.S mengidap penyakit hipertensi semenjak tahun 2019 dan Ny. S ingin penyakitnya sembuh total. Upaya dalam mengatasi stress biasanya dengan cara istirahat dan mengalihkan ke hal lain seperti mengobrol, dan berkumpul dengan cucunya. Strategi koping yang dilakukan jika memiliki masalah besar di keluarga biasanya berdiskusi dalam menghadapi masalah dan mengambil kepuasan terbaik bersama-sama dengan keluarga. Dalam keluarga Ny. S anggota keluarganya tidak ada yang melakukan kekerasan ketika terjadi suatu permasalahan.

Hasil pemeriksaan fisik Ny.S (Klien) saat pengkajian, tekanan darahnya 160/120mmhg nadinya 90x/menit, suhunya 36,5°C, Respirasi 20x/menit, berat badan 66kg, kepala mesocephal, rambut sebagian berubah warna putih, rambut bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mulai keriput, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan baik, hidung berish tidak ada polip, fungsi menghirup baik, mulut dan tenggorokan bersih, mukosa bibir lembab, gigi berish tidak ada nyeri telan, telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu, leher tidak ada pembesran kelenjar tiroid, limfa dan vena jugularis, dada simetris, tidak ada wheezing, perut tidak ada nyeri tekan, eliminasi BAB 2x/hari, bau khas, konsistensi lunak, berwarna kecoklatan, BAK 4-5x/hari, berwarna kuning jernih, bau khas, ekstermitas terkadang kaki Ny. S sering merasakan kesemutan dan pegal-pegal.

Hasil pemeriksaan fisik Ny.P saat pengkajian, tekanan darahnya 120/80mmHg, nadinya 80x/menit, suhunya 36,5°C, Respirasi 20x/menit, berat badan 60kg, kepala mesocephal, rambutnya berwarna hitam, rambut bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak



ikterik, penglihatan baik, hidung berish tidak ada polip, fungsi menghirup baik, mulut dan tenggorokan bersih, mukosa bibir lembab, gigi berish tidak ada nyeri telan, telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu, leher tidak ada pembesran kelenjar tiroid, limfa dan vena jugularis, dada simetris, tidak ada wheezing, perut tidak ada nyeri tekan, eliminasi BAB 2x/hari, bau khas, konsistensi lunak, berwarna kecoklatan, BAK 5x/hari, berwarna kuning jernih, bau khas, ekstermitas tidak ada kelainan bentuk.

Hasil pemeriksaan fisik An.M saat pengkajian, tekanan darahnya 110/80mmhg nadinya 85x/menit, suhunya 36,8°C, Respirasi 20x/menit, berat badan 57kg, kepala mesocephal, rambut sebagian berubah warna putih, rambut bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit terganggu, hidung berish tidak ada polip, fungsi menghirup baik, mulut dan tenggorokan bersih, mukosa bibir lembab, gigi berish tidak ada nyeri telan, telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu, leher tidak ada pembesran kelenjar tiroid, limfa dan vena jugularis, dada simetris, tidak ada wheezing, perut tidak ada nyeri tekan, eliminasi BAB 3x/hari, bau khas, konsistensi lunak, berwarna kecoklatan, BAK 5-6x/hari, berwarna kuning jernih, bau khas, ekstermitas tidak ada kelainan.

Harapan Ny.S dalam keluarga adalah anggota keluarga tidak ada yang sakit-sakitan dan keluarga berharap dengan kedatangan mahasiswa FIK UNISULLA dapat memberikan informasi kesehatan sehingga anggota keluarga dapat memelihara kesehatan.

### **3.2 Analisa Data**

Pada tanggal 23 November 2020 jam 10.00 WIB. Data fokus, Data Subjektif: Ny. S mengatakan dirinya mengetahui terkena darah tinggi saat tekanan darahnya 150/120mmHg, Ny.S tidak mengetahui penyebab dan bagaimana cara mengatasinya dengan tepat. Ny. S mengatakan ingin mengetahui lebih dalam mengenai tentang penyakit hipertensi Ny. S

mengatakan jarang melakukan olahraga di pagi hari, Ny. S juga ingin penyakit hipertensinya dapat sembuh total. Data Objektif: Ny. S tampak kooperatif, Dn konsentrasi, Ny. S sering bertanya mengenai apa yang harus dilakukan untuk menangani sakitnya agar tidak semakin parah. Diagnosa Keperawatan: Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan.

Pada tanggal 23 November 2020 jam 10.30 WIB, Data Fokus, Data Subjektif: Ny. S mengeluh nyeri dibagian tengkuk, tengkuk terasa kaku, sering pusing dan gelisah. Klien mengatakan Penyebab nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh, kualitas nyeri hilang timbul seperti dipukul-pukul, penyebaran nyeri di tengkuk, skala nyeri 5, waktu nyeri muncul sekitar 5 menit. Data Objektif: TD: 170/120mmHg, Suhu 36,5°C, RR: 24x/menit, nadi 90x/menit. Diagnosa Keperawatan: Nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri, klien tampak meringis kesakitan

### **3.3 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri, klien tampak meringis dan gelisah.
2. Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

### **3.4 Prioritas Masalah/Skoring Masalah**

Pada skoring masalah diagnosa Nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri, klien tampak meringis dan gelisah pada kriteria sifat masalah terdapat Aktual yang memiliki skor 3, bobot 1, nilai dari sifat masalah adalah  $3/3 \times 1 = 1$ , kebenarannya adalah sifat masalah sudah terjadi atau actual karena data subjektif dan objektif mendukung yaitu Ny.S mengeluh nyeri pada tengkuk, nyeri muncul ketika hipertensi kambuh. Kriteria kemungkinan masalah yang diubah mudah yang memiliki nilai 2, bobot 2, nilai dari kemungkinan masalah yang diubah adalah  $2/2 \times 2 = 2$ ,

pembenarannya adalah Pengetahuan kurang, teknologi belum mendukung, kompetensi perawat.

Tindakan untuk mengatasi nyeri di lakukannya kompres air hangat atau massage, ekonomi keluarga tercukupi, organisasi yang diikuti keluarga arisan davis dan PKK, group yasinan dan tahlilan , dukungan sosial dari keluarga mendukung. Kriteria potensi masalah untuk dicegah tinggi memiliki nilai 2, bobot 1, nilai dari potensi masalah untuk dicegah adalah  $2/3 \times 1 = 2/3$ , pembenarannya Lama masalah terjadi sudah dari 2019, nyeri hilang timbul, tindakan yang sedang dijalankan keluarga membeli obat, tidak ada akses informasi nyeri yang di rasakan. Kriteria menonjolnya masalah, masalah berat harus segera ditangani nilainya 2, bobot 1, nilai dari menonjolnya masalah hipertensi ini  $2/2 \times 1 = 1$ , pembenarannya Keluarga mengatakan bahwa nyeri harus segera ditangani, karena keluarga beranggapan nyeri dapat menghambat aktivitas. Total skoring dari diagnosa nyeri akut adalah  $4 \frac{2}{3}$ .

Pada skoring diagnosa Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, untuk kriteria sifat masalah Wellness (keadaan sejahtera) skornya 1, bobot 1, nilainya  $1/3 \times 1 = 1/3$ , pembenaranya adalah Sifat masalah wellness sesuai dengan data subjektifnya Ny . S mengatakan dirinya mengetahui terkena darah tinggi dengan Tekanan Darah 150/120mmHg. Kriteria kemungkinan masalah yang diubah mudah nilainya 2, bobot 2, nilai dari kemungkinan masalah yang diubah  $2/2 \times 2 = 2$ , pembenaranya. Pengetahuan tentang penyakit hipertensi cukup baik, tindakan keluarga untuk mengatasi dengan membelikan obat warung, mengatur pola diit garam, dan menyuruh Ny.s Istirahat, kebutuhan ekonomi tercukupi dari dana pensiun suami dan dibantu anaknya, kompetensi perawat memberikan tindakan senam hipertensi dan juga mengedukasi keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan seperti apotek, klinik, RS dekat dengan rumah dan akses jalan sudah baik tidak ada kendala,

dukungan sosial dari anak dan keponakan membantu transportasi jika mau periksa ke pelayanan kesehatan. kriteria potensi masalah untuk dicegah cukup nilainya 2, bobot 1, nilai potensi masalah untuk dicegah pada diagnose ini  $\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$ , pembedanya Tidak masalah selain hipertensi, dalam mengatasi masalah ini ada komunikasi dalam keluarga, mendapat akses informasi dari keponakan seorang perawa.

Lama masalah yang dialami sudah dari tahun 2020 bulan Maret, Intervensi mandiri Keluarga merawat anggota yang sakit dengan membelikan obat warung, mengatur pola diet garam, dan menyuruh Ny.S Istirahat dan berjemur dipagi hari. Kriteria menonjolnya masalah, masalah berat harus segera di tangani nilainya 2, bobot 1, nilai menonjolnya masalah pada diagnose ini  $\frac{2}{2} \times 1 = 1$ , pembedanya adalah Keluarga menyadari masalah yang sedang dihadapi Ny.S adalah masalah berat, keluarga berusaha semaksimal mungkin untuk mengatasi masalah ini dengan cara memeriksakan ke tempat pelayanan kesehatan. Total skoring dari diagnosa Kesiapan peningkatan Manajemen Kesehatan adalah 4.

### **3.5 Rencana Asuhan Keperawatan**

Rencana keperawatan dari diagnosa 1 Nyeri Kronis. Tujuan umum: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, maka nyeri dapat teratasi, tingkat nyeri menurun. Tujuan Khusus Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit (setiap pertemuan) maka keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis kesakitan menurun. Intervensi: Manajemen Nyeri adalah berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat, distraksi relaksasi), demonstrasikan dan latih tarik napas dalam. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan), fasilitasi istirahat tidur, jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara

mandiri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi.

Rencana keperawatan dari diagnose 2 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. Tujuan umumnya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, maka manajemen kesehatan meningkat. Tujuan Khususnya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x60 menit, maka klien mampu Menyebutkan Tanda dan gejala Hipertensi, Menguraikan penyebab Hipertensi, Menyebutkan cara pencegahan Hipertensi, Mampu mempraktekkan senam hipertensi. Rencana tindakan : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor penyebab dan faktor resiko penyakit, Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit, Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Jelaskan diit makanan, Jelaskan manfaat diit makanan, Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan, Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan, Informasikan kondisi pasien saat ini, Anjurkan melapor jika merasakantanda dan gejala memberat atau tidak biasa.

### **3.6 Implementasi Keperawatan**

Dari rencana keperawatan yang ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnosa masalah, implementasi dilakukan pada tanggal 25-27 November 2020. Pada hari Rabu tanggal 25 November 2020 jam 09.00 WIB, dilakukan implementasi diagnosa pertama yakni Nyeri Kronis, yang pertama memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) dan mengidentifikasi skala nyeri dengan didapatkan respon Data Subjektif Ny. S mengatakan tengkuk di leher masih nyeri, klien

bersedia dilakukan TTV. P: terlalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengonsumsi banyak garam, Q: klien mengatakan nyeri terasa di pukul-pukul, tengkuk terasa kaku, R: ditengkuk, S: skala 5, T: nyeri hilang timbul. Data Objektif Ny. S tampak meringis kesakitan, tampak cemas, klien tampak kooperatif, TD: TD:160/110, Suhu: 36,8°C, Nadi: 90x/ menit, RR: 24 x/menit. Implementasi yang kedua pada nyeri yakni mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi), dengan respon Data Subjektif, klien mengatakan mau mengikuti tehnik yang diajarkan oleh perawat, Data Objektif Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi. Implementasi yang ketiga pada diagnose pertama yakni mendemonstrasikan dan melatih (Tarik napas dalam) respon Data Subjektif Ny. S memperhatikan dan mengatakan mau melatih Tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat, Data Objektif Ny.S tampak responsive dan paham ketika melakukan latihan Tarik nafas dalam.

Pada hari Rabu tanggal 25 November 2020 jam 10.00 WIB, dilakukan implementasi pada diagnosa kedua deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi yakni adalah menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan respon subjektif Ny.S mengatakan siap untuk menerima informasi pendidikan kesehatan, respon objektif Ny.S tampak kooperatif dan memperhatikan pemateri. Implementasi kedua menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, respon subjektif Ny.S mengatakan bersedia diberikan pendidikan kesehatan, objektif Ny. S tampak kooperatif, implementasi ketiga memberikan kesempatan untuk bertanya, respon subjektif, Ny.S mengatakan ingin bertanya terkait penyakit hipertensi, respon objektif Ny.S tampak antusias saat pendidikan kesehatan berlangsung, implementasi yang ke empat mengajarkan senam hipertensi, respon subjektif Ny.S mengatakan bersedia mengikuti senam hipertensi, respon objektif Ny.S mengikuti senam hipertensi dengan baik sesuai yang dianjurkan perawat.

Pada hari Kamis 26 November 2020 jam 11.00 WIB dilakukan implementasi dengan diagnose yang pertama yakni Nyeri kronis dengan implementasi memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) respon subjektif Ny.S mengatakan, Data Objektif Ny.S tampak sedikit rileks dan tenang, TD:150/70, Suhu: 36°C, Nadi: 91x/menit, RR: 23 x/menit, selanjutnya melakukan implementasi mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasai) respon subjektif, Ny.S mengatakan mau mengikuti tehnik yang diajarkan perawat, respon objektif, Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi, selanjutnya melakukan implementasi mendemonstrasikan dan melatih (Tarik napas dalam) respon subjektif, Ny.S memperhatikan dan mengatakan mau mengikuti latihan Tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat, data objektif, Ny.S tampak responsive dan paham ketika melakukan latihan tarik nafas dalam. Selanjutnya dilakukan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, didapatkan data Subjektif, Ny. S mengatakan nyeri mulai berkurang, P: terlalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengonsumsi banyak garam, Q: klien mengatakan nyeri terasa di pukul-pukul, tengkuk terasa kaku, R: ditengkuk, S: skala 3, T: nyeri hilang timbul.

Pada hari Kamis 27 November 2020 jam 11.00 WIB dilakukan implementasi dengan diagnose yang pertama yakni Nyeri kronis dengan implementasi memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) respon subjektif Ny.S mengatakan tidak merasakan nyeri dan kaku ditengkuk, Data Objektif Ny.S tampak rileks dan tenang, TD:140/60, Suhu: 37°C, Nadi: 91x/ menit, RR: 25 x/menit, selanjutnya melakukan implementasi mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasai) respon subjektif, Ny.S mengatakan mau mengikuti tehnik yang diajarkan perawat,

respon objektif, Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi, selanjutnya melakukan implementasi mendemonstrasikan dan melatih (Tarik napas dalam) respon subjektif, Ny.S memperhatikan dan mengatakan mau mengikuti latihan Tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat, data objektif, Ny.S tampak responsive dan paham ketika melakukan latihan tarik nafas dalam. Dilanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri dengan data Subjektif, Ny. S mengatakan tidak merasakan nyeri, P: terlalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengonsumsi banyak garam, Q: klien mengatakan tidak merasakan nyeri dan kaku, R: ditengkuk, S: skala 1, T: nyeri hilang timbul.

### **3.7 Evaluasi**

Pada tanggal 25 November 2020 jam 16.00 WIB dilakukan evaluasi pada diagnosa Nyeri Kronis dengan catatan perkembangan yang didapatkan dengan mengidentifikasi skala nyeri dengan data Subjektif klien mengatakan nyeri berkurang karena kompres air hangat, P= nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh, Q= hilang timbul seperti dipukul-pukul, R = ditengkuk, S = 4, T = kurang lebih 5 menit data Objektif, klien tampak sedikit membaik, pada evaluasi pertama didapatkan tekanan darah 150/80mmHg, suhu 36,5°C, RR 21x/menit, Nadi 91x/menit, penyebab nyeri pada Ny.S bertambah ketika hipertensi kambuh, banyak pikiran, *Assesment* (penilaian) masalah belum teratasi, *Plan* (perencanaan) lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnose ke 2 pada tanggal 25 November 2020 jam 16.15 WIB Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dengan catatan perkembangan yang didapatkan data subjektif, klien mengatakan sudah paham dan mengerti tentang hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, akibat dan diit hipertensi, data objektif, klien tampak tenang



dan paham, data Assesment (penilaian) masalah teratasi, Plan (perencanaan) hentikan intervensi.

Pada tanggal 26 November 2020 jam 17.00 WIB dilakukan evaluasi pada diagnosa pertama Nyeri Kronis dengan mengidentifikasi skala nyeri dengan catatan perkembangan yang didapatkan data *Subjektif* Klien mengatakan nyeri mulai berkurang, data *Objektif*, klien tampak membaik, pada evaluasi kedua didapatkan tekanan darah 140/100mmHg, suhu 36,°C, RR 21x/menit, Nadi 90x/menit, P: nyeri pada Ny.S bertambah ketika hipertensi kambuh, Q: nyeri hilang timbul seperti dipukul, R: penyebaran nyeri di tengkuk, S: skala nyeri menurun menjadi 3, T: waktu saat nyeri menyerang kurang lebih 5 menit, *Assesment* (penilaian) masalah teratasi sebagian, *Plan* (perencanaan) lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 27 November 2020 jam 17.00 WIB dilakukan evaluasi pada diagnosa pertama Nyeri Kronis dengan mengidentifikasi skala nyeri dengan catatan perkembangan yang didapatkan data *Subjektif* Klien mengatakan saat ini tidak merasakan nyeri di tengkuk, data *Objektif*, klien tampak rileks, pada evaluasi kedua didapatkan tekanan darah 13/80mmHg, suhu 36,°C, RR 23x/menit, Nadi 91x/menit, P: nyeri pada Ny.S bertambah ketika hipertensi kambuh, Q: nyeri hilang timbul seperti dipukul, R: penyebaran nyeri di tengkuk, S: skala nyeri menurun menjadi 1, T: waktu saat nyeri menyerang kurang lebih 5 menit, *Assesment* (penilaian) masalah teratasi, *Plan* (perencanaan) hentikan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB IV ini penulis membahas hasil analisa kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Hipertensi yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Ny. S ini dikelola selama 5 hari pada tanggal 23 November 2020 sampai dengan 27 November 2020 di kediamannya.

Pada BAB IV ini membahas tentang kendala dan hambatan yang didapat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan memperhatikan aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian ialah awal serta dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian yakni tahap yang sangat memutuskan untuk sesi berikutnya. Pada kemampuan mengidentifikasi kasus keperawatan yang berlangsung pada tahap ini yang akan menentukan penaksiran keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian merupakan metode yang harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian ialah pengumpulan data. (ujung, 2019)

Bersumber pada pengkajian yang dilakukan penulis di kediaman Ny. S di Griya Bhakti Praja Blok D Nomor. 14 Demak terdapat informasi yakni: klien bernama Ny. S dengan usia 54 tahun, Ny. S mempunyai keluhan hipertensi semenjak bulan Maret 2020, Ny. S kerap mengeluh nyeri di tengkuk, pusing, tengkuk terasa kaku, serta klien yang memiliki keinginan untuk mengetahui lebih cara bagaimana mengatasi penyakitnya ialah hipertensi, dikarenakan klien yang kurang tentang pengetahuan pada hipertensi. Ditinjau dari pengkajian tersebut, penulis sudah memandang skala nyeri yang ditinjau dari wong beker skala nyeri

5, terdapat pada pengkajian ketika nyeri timbul yang dilakukan klien yakni dengan beristirahat serta berharap nyeri di tengkuk hendak hilang. Dari hasil pengkajian telah didapatkan informasi, bahwa telah dirumuskan intervensi keperawatan yang telah sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan pada klien, penulis melaksanakan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengarahkan serta penulis juga memberikan tindakan kepada klien dengan kompres hangat, tarik napas dalam, serta distraksi relaksasi.

Pada hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis, penulis telah mendapatkan informasi bahwa klien kurang menjaga pola makan serta tidak tau konsumsi yang wajib di batasi ataupun dihindari. Dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, bahwa telah dirumuskan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien, penulis melaksanakan pendidikan kesehatan tentang hipertensi, ciri serta indikasi, diit hipertensi serta metode senam hipertensi.

Dari informasi pengkajian yang dilakukan penulis, didapatkan klien telah mengalami nyeri pada tengkuk leher, serta minimnya pengetahuan tentang hipertensi, serta kurang melindungi pola makan.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Bersumber pada Tim Pokja SDKI DPP (PPNI,2016) pada diagnosa keperawatan merupakan sesuatu evaluasi atau penilaian klinis yang mengenai reaksi penderita terhadap sesuatu permasalahan. Kesehatan yang berlangsung secara actual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengenali respons klien, individu, keluarga, kelompok, ataupun komunitas terhadap suasana yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa prioritas yang diambil merupakan nyeri kronis. Nyeri kronis ialah pengalam sensori serta emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual ataupun fungsional dengan waktu tiba- tiba ataupun lambat serta pula intensitas yang ringan ataupun berat dengan

konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan(Regu Pojak SDKI DPP PPNI, 2016)

Diagnose yang ditemui pada keluarga dengan hipertensi merupakan nyeri kronis berhubungan dengan tekanan emosional ditandai dengan meringis kesakitan, gelisah, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (Regu Pojak SDKI DPP PPNI, 2016).

Dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis sudah ditemui 2 diagnosa yang awal ialah

1. Nyeri Kronis.

SDKI(2016), Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik ataupun emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual ataupun fungsional, dengan onset secara tiba- tiba ataupun tidak serta berintensitas ringan sampai berat serta konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Pemicu nyeri kronis merupakan keadaan musculoskeletal kronis, kehancuran system syaraf, penekanan syaraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, serta reseptor, kendala imunitas (mis. Neuropatiterkait HIV, virus varicella- zoster), kendala guna metabolik, riwayat posisi kerja statis, kenaikan indeks massa badan, keadaan pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan (mis. Raga, psikologis, intim), riwayat penyalahgunaan obat/ zat. Indikasi serta ciri mayor ada informasi subjektif mengeluh nyeri, merasa tekanan mental (tertekan), informasi objektif nampak meringis, gelisah, tidak sanggup, menyelesaikan kegiatan. Indikasi serta ciri mayor ada informasi subjektif merasa khawatir hadapi luka kesekian, informasi objektif berlagak protektif (mis. Posisi menjauhi nyeri), waspada, pola tidur berganti, anoreksia, focus

menyempit, berfokus pada diri sendiri. Keadaan klinis yang terpaut ialah keadaan kronis (mis. Arthritus rheumatoid), peradangan, luka medulla spinalis. Keadaan pasca trauma, tumor.

Penulis mengangkat diagnosa nyeri kronis sebab pada informasi pengkajian klien sudah ditemui informasi subjektif klien mengeluh nyeri dibagian tengkuk, tengkuk terasa kaku, kerap pusing serta gelisah. Pada pengkajian P, Q, R, S, T pada klien ada pemicu nyeri meningkat kala mengonsumsi garam berlebih, saat klien sedang berfikir berat tentang suatu hal, kualitas pada klien hilang timbul, radiasi ataupun penyebaran nyeri yang dialami oleh klien ialah di tengkuk, severity ataupun keparahan yang dialami klien ialah hilang timbul seperti di pukul-pukul, skala nyeri yang dialami klien 5, time ataupun waktu klien berkata sepanjang nyeri menyerang kurang lebih 5 menit. Informasi objektif klien nampak meringis kesakitan, gelisah, lemas serta kurang rileks.

Dari hasil pengkajian penulis mengangkat diagnose nyeri kronis bersumber pada SDKI, (2016) yang telah didapatkan informasi klien yang mengatakan nyeri dibagian tengkuk leher dengan skala nyeri 5. Penulis melaksanakan pengukuran skala nyeri dengan skala numerik (Numerik Rating Scale, NRS) sebab dalam evaluasi ini klien bisa memperhitungkan skala 0 hingga 10. Angka 0 menggambarkan tidak terdapat rasa nyeri. Angka 1 hingga 3 nyeri ringan, angka 4 hingga 6 nyeri lagi, angka 7 hingga 10 nyeri berat. Alasan penulis menggunakan skala numerik pada kasus ini dikarenakan skala ini mudah dipahami oleh klien.

Pada pengkajian nyeri oleh klien sudah ditemui informasi subjektif PQRST, Parafistik: klien telah mengatakan nyeri di tengkuk

leher kala sangat banyak benak, kecapekan, sangat banyak konsumsi garam, Kualitas: lenyap mencuat, semacam dipukul-pukul, Regional: tengkuk leher, Skala: skaa nyeri 5, Time: kurang lebih 5 menit. Informasi objektif: klien nampak meringis kesakitan, gelisah. Didapatkan tanda vital pada klien: Tekanan darah 170/ 120 mmHg, Nadi 90x/ menit, Temperatur 36. 5°C, Pernafasan 24x/ menit. Dari informasi yang sudah diperoleh pada Ny. S yang sesuai dengan batas ciri pada diagnose nyeri kronis merupakan keadaan kondisi nyeri berlangsung lebih dari 6 bulan.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

SDKI(2016) Defisit pengetahuan menurut ketiadaan ataupun minimnya data kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batas ciri yang dialami pada klien defisit pengetahuan ada 2 macam yakni indikasi atau gejala serta tanda minor. Ciri serta indikasi mayor: Subjektif: menanyakan permasalahan yang dialami, Objektif: menampilkan sikap tidak sesuai anjuran serta menampilkan anggapan galat terhadap permasalahan. Indikasi serta Ciri indikasi minor: Subjektif:(tidak ada), Objektif: menempuh pengecekan tidak pas serta membuktikan sikap kelewatan.(mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria), menempuh pengecekan yang tidak tepat.

Penulis mengangkut diagnose tersebut dikarenakan penulis telah mendapatkan informasi subjektif Ny. S yang mengatakan tidak mengenali pemicu serta bagaimana metode atau cara mengatasinya, Ny. S berkata mau mengenali lebih dalam menimpa penyakit hipertensi. Informasi objektif Ny. S nampak kooperatif, serta konsentrasi, dalam pengkajian Ny. S sering bertanya apa yang

wajib dilakukan untuk menanggulangi sakitnya agar tidak menjadi semakin parah.

### 4.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana Asuhan Keperawatan (SIKI), ialah tolok ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penataan intervensi keperawatan dalam rangka membagikan asuhan keperawatan yang aman untuk klien. Sebagaimana ditetapkan rencana asuhan keperawatan pada diagnose yang sudah di tetapkan ialah:

1. Nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri, klien tampak meringis dan gelisah.

Penulis menyusun intervensi keperawatan dari permasalahan nyeri kronis berhubungan dengan hipertensi dibuktikan dengan tidak rileks, meringis kesakitan, gelisah serta lemas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis selama 1 x 60 menit tiap pertemuan diharapkan Ny. S merasa rileks, tidak mengeluh nyeri di tengkuk, tidak merasakan kaku di tengkuk, tidak kerap merasakan pusing serta tidak gelisah. Rencana keperawatan yang disusun oleh penulis merupakan manajemen nyeri ialah bagikan metode non farmakologis untuk kurangi nyeri (kompres hangat), ini dilakukan dengan aman dan baik yag sesuai anjuran yang tepat untuk mengurangi nyeri yang diderita oleh klien.

Tujuan kompres hangat ini agar meningkatkan temperatur pada jaringan serta sirkulasi darah local, yang bisa membatasi terbentuknya metabolisme, penurunan kram otot, serta kekuatan energi tahan otot. Rasa yang timbul semacam panas serta rasa hangat bisa tingkatkan sesuatu kenyamanan serta bisa kurangi terbentuknya sesuatu kecemasan. Penulis mengarahkan metode non farmakologis

untuk kurangi nyeri (distraksi relaksasi) sebab dengan melakukan distraksi relaksasi terjalin peregangan otot pernafasan yang memperlancar perputaran darah serta oksigen totalitas badan serta memencet pusat nyeri dihipotalamus, dan demonstrasikan serta latih tarik nafas dalam, sebab dalam melenyapkan rasa takut terhadap rasa nyeri. Penulis pula mengenali skala nyeri untuk mengetahui tingkatan nyeri yang dialami oleh klien.

## 2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Penulis menyusun intervensi keperawatan dari permasalahan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan klien mengatakan tidak mengenali pemicu serta bagaimana metode mengatasinya dengan baik, klien berkata mau mengenali lebih dalam tentang penyakit hipertensi. Rencana intervensi yang bertujuan supaya defisit pengetahuan teratasi ialah mengenali kesiapan serta keahlian menerima data nyeri dalam hal ini bertujuan untuk menguasai kemampuan klien dalam menerima data, sediakan modul serta media pembelajaran kesehatan supaya penulis bisa mengantarkan modul dengan gampang serta klien bisa menguasai modul dengan gampang, menjadwalkan pembelajaran kesehatan sesuai konvensi sehingga aktivitas pembelajaran kesehatan bisa dilaksanakan dengan tertib sesuai dengan agenda yang telah dijadwalkan, penulis melaksanakan intervensi dengan pedoman dalam melakukan tindakan untuk tindakan defisit pengetahuan pada klien ialah menjelaskan aspek pemicu serta aspek efek penyakit, menjelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit, menjelaskan ciri serta indikasi yang ditimbulkan oleh penyakit, menjelaskan terbentuknya komplikasi, menjelaskan diit, menjelaskan diit,



mengarahkan metode meredakan ataupun menanggulangi indikasi yang dialami.

Dengan mengarahkan metode meminimalkan dampak samping dari intervensi ataupun penyembuhan yang dianjurkan ini bisa menaikkan pengetahuan klien tentang penyakit yang dialami, membagikan peluang untuk bertanya supaya penulis tau apa yang belum klien pahami, menginformasikan keadaan penderita dikala ini bertujuan supaya klien mengenali tentang kesehatannya dikala ini, menyarankan melapor bila merasakan ciri serta indikasi yang memberat ataupun yang tidak, ini bertujuan untuk klien agar terjalin ciri indikasi yang memberatkan supaya dapat langsung ditangani agar tidak menimbulkan komplikasi.

#### **4.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk menolong klien dari permasalahan status kesehatan yang dialami kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam nyeri al ini penulis mengelola klien dengan implementasi sesuai diagnosa.

##### **1. Nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri**

Implementasi keperawatan yang diterapkan oleh penulis telah sesuai dengan rencana keperawatan yang ditentukan. Rspan Ny. S kooperatif dalam melaksanakan implementasi yang dilakukan oleh penulis untuk klien. Ny. S aktif dalam memberikan jawaban dari pertanyaan atau persoalan, bahkan penulis juga aktif bertanya. Nyeri kronis bisa diatasi dengan salah satu aksi non farmakologis untuk mekurangi ataupun menanggulangi nyeri leher ialah kompres hangat. Kompres hangat

merupakan pemberian rasa hangat/ panas di daerah tertentu. Kompres hangat juga dapat merendahkan skala nyeri leher pada pengidap hipertensi. Tengok terasa tegang ataupun nyeri leher disebabkan karena terjadinya kenaikan tekanan pada dinding pembuluh darah di bagian leher yang mana pembuluh darah tersebut akan membawa darah ke otak sehingga dapat menjadikan kenaikan tekanan vaskuler ke otak yang menyebabkan terjalin penekanan pada saraf otot leher sehingga klien merasa nyeri ataupun ketidaknyamanan pada leher. Nyeri yang dialami oleh pengidap hipertensi hendak mengganggu aktivitasnya tiap hari. Salah satu pengobatan nonfarmakologis yang digunakan untuk meredakan nyeri salah satunya kompres hangat. Intervensi kompres hangat yang sudah dilakukan oleh penulis teruji efisien dalam merendahkan nyeri klien (Fadlilah, 2019).

Tidak hanya itu metode nonfarmakologi yang dilakukan penulis ialah distraksi relaksasi dengan relaksasi otot progresif. Metode relaksasi Otot progresif merupakan memusatkan atensi pada sesuatu kegiatan otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang setelah itu merendahkan ketegangan dengan melaksanakan metode relaksasi untuk memperoleh perasaan relaks (Purwanto, 2013). Reaksi relaksasi ialah bagian dari penurunan universal kognitif, fisiologis, serta stimulasi sikap. Relaksasi bisa memicu timbulnya zat kimia yang mirip dengan beta blocker di saraf tepi yang bisa menutup simpul- simpul saraf simpatis yang bermanfaat untuk kurangi ketegangan serta merendahkan hipertensi, terbukti tindakan tersebut efektif (Fadlilah, 2019)

Tidak hanya itu penulis melakukan pengidentifikasian skala nyeri kepada klien. Evaluasi serta pengukuran derajat nyeri sangatlah berarti dalam proses penaksiran pemicu nyeri. Dengan evaluasi serta pengukuran derajat nyeri bisa dilakukan tata laksana nyeri yang pas atau sesuai dan

bahkan penilaian dan pergantian tata laksana sesuai dengan reaksi penderita.(Tjahya, 2017)

## 2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Implementasi keperawatan yang diterapkan oleh penulis telah sesuai dengan rencana keperawatan yang disesuaikan. Reaksi Ny. S tampak kooperatif serta mencermati pemateri, Ny. S terlihat bersemangat saat pembelajaran kesehatan atau pendidikan kesehatan berlangsung, Ny. S terlihat mengikuti senam hipertensi dengan baik dan antusias. Defisit pengetahuan dapat diatasi dengan menjadwalkan pembelajaran kesehatan atau pendidikan kesehatan yang telah sesuai dengan kesepakatan yang ditentukan oleh klien, memberikan peluang kepada klien untuk bertanya, dan mengarahkan melaksanakan senam hipertensi kepada klien. Pengetahuan manajemen hipertensi yang rendah dapat menimbulkan tidak terkontrolnya tekanan darah serta munculnya komplikasi penyakit lain yang menimbulkan efek buruk pada klien. Pengetahuan hipertensi juga dapat ditingkatkan dengan pembelajaran kesehatan. Media yang dilakukan oleh penulis saat melakukan pendidikan kesehatan atau pembelajaran kesehatan untuk mempermudah penyampaian informasi. Poster ataupun leaflet ialah salah satu media pembelajaran kesehatan yang memakai huruf bahkan beserta foto serta dapat ditempel dimanapun sehingga dijadikan sebagai pengingat data atau informasi yang diberikan. Riset ini ialah quasi experiment dengan desain pre- test and post- test non equivalent control group(Ulya& Iskandar, 2017).

Selain itu penulis melaksanakan senam hipertensi, berolahraga seperti senam hipertensi dapat mendorong jantung bekerja secara maksimal, dimana berolahraga dapat mampu meningkatkan

kebutuhan tenaga oleh sel, jaringan serta organ yang ada ditubuh, dimana dampaknya bisa meningkatkan aliran balik vena sehingga menimbulkan volume sekuncup yang langsung tingkatan curah jantung sehingga menimbulkan tekanan darah arteri bertambah, setelah tekanan darah arteri bertambah terlebih dulu, akibat dari fase ini mampu merendahkan atau menurunkan kegiatan pernafasan serta otot rangka yang menimbulkan kegiatan atau aktivitas saraf simpatis menurun, selain itu akan menimbulkan kecepatan denyut jantung menurun, volume menurun, vasodilatasi arteriol vena, penurunan ini menyebabkan penurunan curah jantung serta penurunan resistensi perifer total, sehingga terbentuknya penurunan tekanan darah. Hasil dari senam hipertensi yang dilakukan oleh klien yakni, klien tampak kooperatif saat melangsungkan senam hipertensi, klien mengikuti gerakan senam hipertensi dengan baik dan benar, dan klien dapat melaksanakan senam hipertensi secara mandiri di rumah (Ulya & Iskandar, 2017)

#### 4.5 Evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan pada tanggal 25 November 2020 pukul 16.00 WIB, pada diagnosa pertama dalam catatan perkembangan terdapat data subjektif klien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri ditengkuk, data objektif klien tampak membaik, Tekanan darah 150/110mmHg, suhu 36,5°C, pernafasan 22x/menit, nadi 91x/menit. Telah didapatkan hasil P: nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh, Q: hilang timbul seperti dipukul-pukul, R: di tengkuk, S: 3, T: 5 kurang lebih 5 menit. Berdasarkan kriteria hasil, hasil assessment penilaian masalah belum teratasi dan jika nyeri pada tengkuk kambuh penulis

menyarankan melakukan terapi nonfarmakologis secara mandiri. Ny. S tampak rileks. Intervensi kompres hangat dan pengidentifikasi skala nyeri yang telah dilakukan oleh penulis terbukti efektifitas dalam menurunkan nyeri klien, dari skala 5 menjadi 3. Sebagaimana diteliti oleh (Potter&Perry, 2009)

Evaluasi keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan pada tanggal 26 November 2020 pukul 17.00 WIB, pada diagnosa pertama dalam catatan perkembangan terdapat data subjektif klien mengatakan nyeri mulai berkurang, data objektif klien tampak membaik, Tekanan darah 140/110mmHg, suhu 36,°C, pernafasan 21x/menit, nadi 90x/menit. Telah didapatkan hasil P: nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh, Q: hilang timbul seperti dipukul-pukul, R; di tengkuk, S: 3, T: 5 kurang lebih 5 meit. berdasarkan kriteria hasil, hasil assessment penilaian masalah belum teratasi dan jika nyeri pada tengkuk kambuh penulis menyarankan melakukan terapi nonfarmakologis secara mandiri. Ny. S tampak rileks. Intervensi kompres hangat yang telah dilakukan oleh penulis terbukti efektifitas dalam menurunkan nyeri klien, dari skala 3 menjadi 2.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan pada tanggal 27 November 2020 pukul 17.00 WIB, pada diagnosa pertama dalam catatan perkembangan terdapat data subjektif klien mengatakan tidak merasakan nyeri, data objektif klien tampak membaik dan rileks. Tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36,°C, pernafasan 23x/menit, nadi 91x/menit. Telah didapatkan hasil P: nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh, Q: hilang timbul seperti dipukul-pukul, R; di tengkuk, S: 0, T: 5 kurang lebih 5 meit. berdasarkan kriteria hasil, hasil assessment penilaian masalah teratasi, plan hentikan intervensi dan jika nyeri pada tengkuk kambuh penulis

menyarankan melakukan terapi nonfarmakologis secara mandiri. Ny. S tampak rileks.

Kompres hangat efektif digunakan pada pasien Hipertensi yang mengalami nyeri di bagian tengkuk dengan skala nyeri sedang 7-4, jika melakukan kompres panas tidak selalu berhasil melancarkan peredaran darah di dalam tengkuk. Penggunaan kompres hangat digunakan lebih efektif untuk area nyeri yang dapat mengurangi spasme otot yang disebabkan oleh iskemia neuron yang memblok transmisi lanjut rangsang nyeri yang menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan peningkatan aliran darah di daerah yang dilakukan, serta melakukan kompres hangat tidak ada dampak negatif yang ditimbulkan. Terdapat perbedaan hasil intervensi kompres hangat antara yang dilakukan oleh penulis dengan hasil studi penelitian oleh Putra Agina tahun 2018. Hasil pengkajian nyeri didapatkan hasil kompres hangat efektif Mengurangi Nyeri Pada hipertensi, pasien I mengalami penurunan skala nyeri 7 sedangkan pasien II mengalami penurunan skala nyeri 7, sedangkan hasil intervensi yang dilakukan penulis dengan skala nyeri pada klien (4-0), intervensi dilakukan berulang 1x1 selama 3 hari dengan durasi 15 menit. Dalam hal ini penulis sudah sesuai dengan konsep(suwaryo, 2018)

Selain itu, pada diagnose pertama juga dilakukan Distraksi relaksasi Tarik nafas dalam. Penggunaan teknik ini efektif untuk meredakan area nyeri, karena Nafas dalam merupakan tindakan yang dapat menimbulkan relaksasi bagi pasien, tindakan ini menggunakan pernafasan diafragma dengan cara udara dihembuskan lewat bibir seperti meniup. Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi

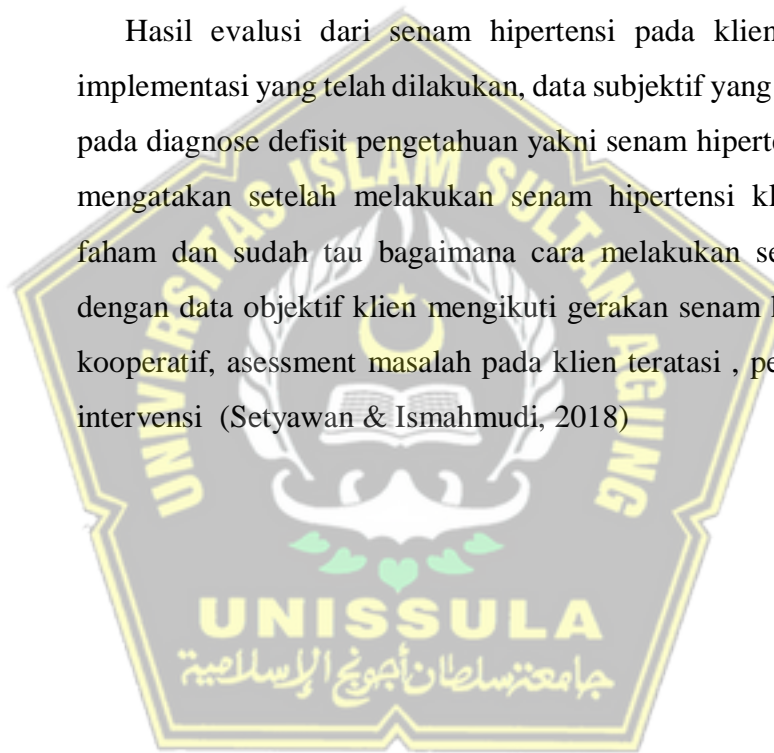
peningkatan regangan kardiopulmonari, Impuls aferen dari baroreseptor mencapai pusat simpatis (kardioakselerator), sehingga menyebabkan vasodilatasi sitemik, penurunan denyut dan daya kontraksi jantung. Keadaan tersebut mengakibatkan penurunan volume sekuncup curah jantung. Pada otot rangka beberapa serabut vasomotor mengeluarkan asetilkolin yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Akibat dari penurunan curah jantung, kontraksi serat-serat otot jantung, dan volume darah memuntuk tekanan darah menjadi menurun. Beberapa penelitian mengenai nafas dalam ini sudah dilakukan di Indonesia. Penelitian tahun 2011 yang telah dilakukan oleh Suwardianto terbukti bahwa relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hal ini ditinjau dari evaluasi hasil implementasi penurunan tekanan darah tinggi dengan metode nafas dalam, dengan ini penulis sudah sesuai dengan konsep (Juwita & Efriza, 2018)

Evaluasi keperawatan diagnose kedua implementasi yang telah dilaksanakan pada tanggal 25 November 2020 pukul 16.40 WIB sesuai dengan implementasi yang telah dilaksanakan berdasarkan kriteria hasil, hasil assessment penilaian masalah teratasi, dan dilanjutkan senam hipertensi dan mengontrol diit secara mandiri apabila hipertensi kambuh. klien mengatakan sudah paham dan mengerti tentang hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, akibat, dan diit hipertensi, klien tampak tenang dan paham. Telah didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah paham dan mengerti tentang hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, akibat dan diit hipertensi. Data objektif klien tampak antusias, kooperatif dan paham. Assessment masalah teratasi, plan hentikan intervensi.

Pada tindakan pendidikan kesehatan ini bertujuan agar mengetahui pecegahan dan pengobatan hipertensi agar tidak memperparah keadaan

hipertensinya dan mencegah komplikasi berbahaya dari hipertensi seperti jantung koroner dan stroke. Pendidikan kesehatan dalam bentuk penyuluhan ini dilakukan untuk meningkatkan pemahaman penderita hipertensi tentang bahaya penyakit hipertensi. Terdapat pengaruh pada tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan, ini membuktikan jika intervensi pendidikan kesehatan terbukti efektif

Hasil evaluasi dari senam hipertensi pada klien sesuai dengan implementasi yang telah dilakukan, data subjektif yang telah didapatkan pada diagnose defisit pengetahuan yakni senam hipertensi adalah klien mengatakan setelah melakukan senam hipertensi klien mengatakan faham dan sudah tau bagaimana cara melakukan senam hipertensi, dengan data objektif klien mengikuti gerakan senam hipertensi secara kooperatif, asessment masalah pada klien teratasi , penilaian hentikan intervensi (Setyawan & Ismahmudi, 2018)





## **BAB V**

### **PENUTUP**

Asuhan keperawatan yang di kelola selama 4 hari mulai tanggal 23 – 27 November 2020. Pada BAB V ini merupakan langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah meliputi kesimpulan dan saran. Asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada Ny. S dengan masalah hipertensi.

#### **5.1 Kesimpulan**

Hipertensi merupakan sesuatu kondisi dimana seseorang menghadapi kenaikan darah di atas batas wajar yang ditunjukkan oleh angka systolic (bagian atas) serta angka diastolic (bagian dasar) pada pengecekan tensi darah memakai perlengkapan pengukur tekanan darah baik yang berbentuk cuff air raksa (Sphygomanometer) maupun perlengkapan digital yang lain. Darah tinggi ini jika situasi tekanan sistemik lebih dari 140 mmHg, tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

##### **1. Pengkajian**

Pada saat penulis melakukan pengkajian meliputi identitas atau data umum Ny. S. riwayat dan tahap perkembangan keluarga, riwayat lingkungan, fungsi keluarga, stres dan koping keluarga, kebiasaan sehari-hari, pemeriksaan fisik, harapan keluarga, melakukan skoring, pengkajian PQRST, pengkajian aspek kognitif. Dari hasil pengkajian penulis menemukan hipertensi pada Ny. S.

##### **2. Diagnosis**

Dari pengkajian yang telah dilakukan didapatkan dua diagnosa yaitu nyeri kronis b.d tekanan emosional d.d mengeluh nyeri, klien tampak meringis dan gelisah, klien mengeluh nyeri dibagian

tengkuk, tengkuk terasa kaku, sering pusing. Diagnose yang kedua Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan tidak tahu cara mengatasi hipertensi dengan benar, klien ingin lebih tau tentang hipertensi, diit, cara menurunkan hipertensi.

### 3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang telah disusun dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dicapai dan rencana tindakan keperawatan sudah sesuai dengan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi observasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi.

### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun dan penulis tidak menemukan adanya kendala dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

### 5. Evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan dari diagnose nyeri kronis masalah teratasi pada hari kedua dan menghentikan intervensi. Rencana tindakan keperawatan selanjutnya manajemen dengan memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat), mengjarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi) dan mendemonstrasikan dan latih tarik napas dalam. Diagnose Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi masalah teratasi di hari pertama evaluasi, pada hari kedua klien mengatakan sudah tahu tentang hipertensi, tanda dan gejala, diit, dan pemberian teknik nonfarmakologi (senam

hipertensi, kompres hangat, massage, distraksi relaksasi). Rencana tindakan selanjutnya hentikan intervensi dan Ny. S melakukan implementasi yang telah diajarkan secara mandiri.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah agar institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus hipertensi.

### 2. Bagi perawat

Saran dari penulis bagi perawat agar selalu memberikan edukasi kepada klien tentang hipertensi, tanda dan gejala, diit, dan cara mengatasi secara nonfarmakologis yang sesuai dengan standar prosedur yang telah diterapkan. Selain itu perawat harus mampu memodifikasi intervensi secara baik maupun implementasi sehingga masalah keperawatan dapat teratasi.

### 3. Bagi lahan praktik

Saran penulis bagi lahan praktik agar menambahkan alat tensi untuk mengukur tekanan darah, karena alat tensi sangat penting untuk mengontrol tekanan darah.

### 4. Bagi masyarakat

Sebagai seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan edukasi tentang hipertensi secara mandiri yang dapat dilakukan untuk mengontrol tekanan darah secara mandiri dengan menggunakan alat tensi dan dengan cara nonfarmakologis (senam hipertensi, kompres hangat, massage, distraksi relaksasi).

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H., & Tumiwa, F. F. (2020). Edukasi Upaya Pencegahan Hipertensi pada Masyarakat di Kecamatan Passi Barat Kabupaten Bolaang Mongondow. *JPKMI (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Indonesia)*, 1(3), 154–160.
- Basuki, K. (2019). Mobilitas Fisik. *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), 1689–1699. [www.journal.uta45jakarta.ac.id](http://www.journal.uta45jakarta.ac.id)
- Dwi Asututi, S., & Puspita Krishna, L. F. (2019). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Jannah, M. (2018). Konsep Keluarga Idaman Dan Islami. *Gender Equality: International Journal of Child and Gender Studies*, 4(2), 87. <https://doi.org/10.22373/equality.v4i2.4538>
- Juwita, L., & Efriza, E. (2018). Pengaruh Nafas Dalam Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi. *Real in Nursing Journal*, 1(2), 51. <https://doi.org/10.32883/rnj.v1i2.263>
- Manurung, lisma nurlina. (2018). Asuhan Keperawatan Keluarga. *Fakultas Ilmu Kesehatan Ump*, 2010, 8–42. <http://repository.ump.ac.id/2753/>
- Metha, J. M. (2017). JURNAL PROTEKSI KESEHATAN; Vol 4 No 2 (2017): JURNAL PROTEKSI KESEHATAN. *Gambaran Suhu Bayi Baru Lahir 6 Jam Pasca Kelahiran Sebelum Dan Sesudah Dimandikan Selama 5 Menit*, 4(9), 2302–8610.
- Nurtanti, S., & Puspitaningrum, D. (2017). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala pada penderita hipertensi. *Jurnal keperawatan*

*GSH*, 6(2), 27–32.

Sari, K. P. (2017). Perbedaan Kualitas Hidup antara Berbagai Metode Manajemen Nyeri pada Pasien Nyeri Kronis. *Jurnal Psikologi*, 44(2), 107. <https://doi.org/10.22146/jpsi.25208>

Setyawan, A. B., & Ismahmudi, R. (2018). *Promosi Kesehatan Sebagai Usaha Menurunkan Tekanan Darah Penderita Hipertensi*. 1(2), 119–124.

suwaryo, P. agina widyasarwa. (2018). Studi kasus: efektifitas kompres hangat dalam penurunan skala nyeri pasien hipertensi. *Jurnal Ners Widya Husada*, 5(2), 67–74.



# Lembar Leaflet Pendidikan Kesehatan

**Apakah itu Hipertensi?**  
Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik  $\geq$  140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik  $\geq$  90 mmHg. Hipertensi sering disebut *The Silent Killer* karena sering tanpa keluhan.

**Gejala Hipertensi**  
Pada umumnya hipertensi tidak disertai dengan gejala atau keluhan tertentu. Keluhan tidak spesifik yang terjadi pada penderita hipertensi, yaitu:

- Sakit kepala, pusing
- Penglihatan kabur
- Jantung berdebar-debar, rasa sakit di dada
- Gelisah
- Mudah lelah, dll

**Mengapa Hipertensi Berbahaya?**  
Jika tidak terkontrol, hipertensi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi seperti:

- Penyakit Jantung
- Stroke
- Penyakit Ginjal
- Retinopati (kerusakan retina)
- Gangguan saraf
- Penyakit pembuluh darah tepi
- Gangguan serebral (otak)

**Faktor Risiko Hipertensi**

- Faktor yang tidak dapat diubah, yaitu : umur, jenis kelamin dan riwayat keluarga.
- Faktor yang dapat diubah, yaitu : merokok, kurang makan buah dan sayur, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, berat badan berlebih, dislipidemia dan stres.

Mevilia Binka Agsita  
40901800055

Lampiran 1

## **SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN : 0613057602

Perkerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi D-III Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut :

Nama : Mevilia Binka Agsita

NIM : 40901800055

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Ny. S Dengan Penyakit Hipertensi Di Kelurahan Mangunjiwan Kota Demak

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 26 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom

Lampiran 2

## **SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN : 0613057602

Perkerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa prodi D-III Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut :

Nama : Mevilia Binka Agsita

NIM : 40901800055

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Ny. S Dengan Penyakit Hipertensi Di Kelurahan Mangunjiwan Kota Demak

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 januari 2021 sampai dengan 24 Mei 2021 secara virtual menggunakan google meet.

Semarang, 26 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIDN : 0613057602



Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**  
**MAHASISWA PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**FIK UNISULA**  
**2021**

Nama Mahasiswa : Mevilia Binka Agsita  
NIM : 40901800055  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Ny. S Dengan Penyakit Hipertensi Di Kelurahan Mangunjiwan Kota Demak  
Pembimbing : Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Selasa, 9 Februari 2021	Pembahasan judul dan cara penulisan bab 1	Judul acc, melanjutkan bab 1	
Senin, 15 Februari 2021	Bab 1	Melanjutkan bab 1	
Rabu, 24 Februari 2021	Bab 2	Melanjutkan bab 2	
Selasa, 9 Maret 2021	Bab 3	Melanjutkan bab 3	
Kamis, 18	Bab 4	Melanjutkan bab 4	

Maret 2021			
Selasa, 30 Maret 2021	Bab 5	Melanjutkan bab 5	<i>Fanny</i>
Sabtu, 17 April 2021	Konsul bab 1, 2 dan 3	Perbaiki bab 1 dengan konsep MSKS Perbaiki bab 2 dengan sumber yang benar Bab 3 acc	<i>Fanny</i>
Jumat, 7 Mei 2020	Revisi bab 1, 2 lanjutkan bab 4 dan 5	Perbaiki bab 1 dibagian solusi Perbaiki bab 2 Tambahkan rasional pada setiap intervensi	<i>Fanny</i>
Rabu, 19 Mei 2021	Konsul bab 1,2,4 dan 5	Mempersiapkan dengan benar	<i>Fanny</i>
Senin, 24 Mei 2021	Hasil konsul bab 1,2,4 dan 5	Acc	<i>Fanny</i>
Selasa, 25 Mei 2021	Uji turnitin dan konsul ppt	Turnitin acc Ppt diperbaiki	<i>Fanny</i>
Rabu, 26 Mei 2021	Konsul ppt	Acc	<i>Fanny</i>

ACUAN KEPERAWATAN PADA NY. S  
DENGAN TENCAKIT HAPERTENSI  
STASE KEPERAWATAN KELUARGA.



MELIA BINTA AGITA  
40901800057

PROGRAM STUDI DI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
2020

## REKAM MEDIS KEPERAWATAN KELUARGA

### A. Pengajian keluarga

#### 1. Data umum

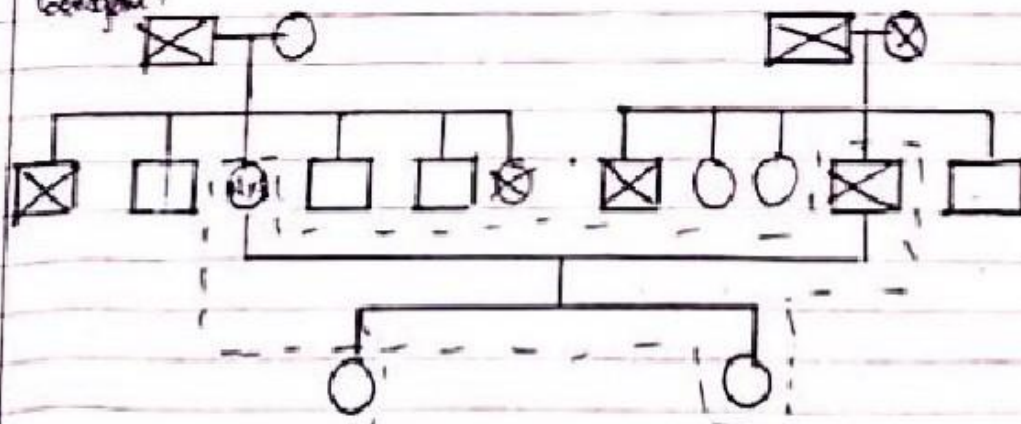
1. Nama Kepala Keluarga: Ny S
2. Usia : 59 tahun
3. Pendidikan : SMA
4. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
5. Alamat : Grogol Khosro Rajin Duren -
6. Komposisi keluarga

No	Nama	Jk	Hob	Usia	Pendid	Pekerjaan	Status Imunisasi				Ket
							BG	Polio	DPT	Hepatitis	
1.	Ny. S	P	Ibu	59	SMA	✓	✓	✓	✓	✓	
2.	Ny. P	P	Anak	29	SMA	✓	✓	✓	✓	✓	
3.	An. M	P	Anak	20	SMA	✓	✓	✓	✓	✓	

#### B.2. Status Imunisasi

Berdasarkan hasil data Ny. S telah mendapat imunisasi secara lengkap, sedangkan anggota keluarganya mendapatkan imunisasi lengkap yaitu BG, polio, DPT, Hepatitis, dan Campak.

Generasi:



\*  
□

: Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Laki-laki meninggal

⊙ : Perempuan meninggal

⊥ : Garis keturunan

--- : Tinggal satu rumah

— : Garis keturunan

⊕ : Paman

7. Tipe keluarga

keluarga Ny. S termasuk tipe The Single Parent Family yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak, walai itu terjadi karena perceraian, kematian atau dikorbankan (orang tua karena pekerjaan).

8. Guru dan Bangun

Seorang keluarga Ny. S adalah guru, hal ini yang digambarkan dengan huruf pada bangun yang dan didominasi sebagai bangun ketan, dalam dalam keluarga tidak ada pembagian peranan / peranan, tetapi apabila ketan. Guru seorang yang punya banyak hipotesis, maka kemungkinan keluarga yang ada yang karena hipotesis keluarga Ny. S berbudaya Indonesia.

9. Agama

keluarga Ny. S membangun rumah buat beribadah, shalat 5 waktu & masjid dan beribadah keagamaan yang diikuti yakni Yasin dan Tahlil.

10. Status sosial ekonomi keluarga.

keluarga Sauritani di kelas di profesi guru dan dibantu penghasilan Ayah (NYP) pendapatan pendidikan pakawan dari dinas Pendidikan Pedagogis dan kejuruan Sauritani.

11. Aktivitas rumah keluarga.

Ny. S sering melakukan rekreasi atau waktu luang di rumah dengan menonton tv. Sisa Ny. P libur bangun mengajari rekreasinya di pantai atau Mall.

## I. Riwayat dan tahap perkembangan.

### 1. Tahap perkembangan saat ini

Anak pertama dari Ny. S sudah berjalan dan berbicara dengan lancar, dan anak yang kedua masih kaku, dalam keluarga S sudah mempertahankan komunikasi yang baik pada keluarganya.

Tahap perkembangan keluarga ini sesuai tahap perkembangan keluarga usia perangsang.

### 2. Tahap perkembangan keluarga yang belum tercapai keluarga Ny. S berada pada tahap perkembangan usia perangsang. Ny. S sudah memiliki tanggung jawab untuk mengemukakan masalah.

### 3. Riwayat kesehatan lain

#### • Riwayat kesehatan laki

Alperhan M. Anamiliu riwayat stroke dan pernah dirawat di rumah sakit.

#### • Riwayat kesehatan istri

Ny. S memiliki riwayat hipertensi dan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Ny. S pernah lupa di bagian jantung, pernah lemas lemas sering pusing dan gelisah. Apapun merasa tidak enak badan. Ny. S pernah ke klinik keluarga terdekat. Ny. S menggunakan sudah mendapatkan bantuan kondisinya. Saat di tanya mengenai penyakit HT, Ny. S menjawab sudah mengikuti tentang pengobatan hipertensi, tetapi mendapatkan tentang penyakit, keluhan yang sebenarnya di konsultasi tidak hindari.

#### • Riwayat kesehatan anak

Tidak ada riwayat sakit pada anak.

### 4. Riwayat kesehatan sebelumnya.

#### • Riwayat kesehatan keluarga asal laki

keluarga Alm. T. S pernah memiliki riwayat hipertensi.

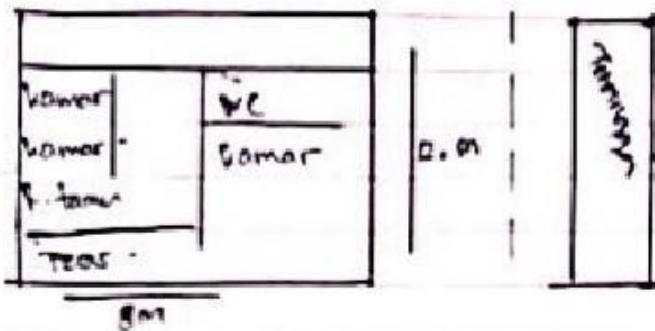
#### • Riwayat kesehatan keluarga asal istri

keluarga Ny. S juga memiliki riwayat hipertensi.

## 1. Lingkungan.

↳ Karakteristik rumah:

a. Dataran rumah.



b. Deskripsi karakteristik lingkungan rumah.

Rumah Ny. S terdiri dari Teras, Ruang tamu, 3 kamar tidur, dapur, dan kamar mandi. Cara pengaturan prasarana sudah rapi, lebih lanjut mengenai rumah di Smpu Smpu Keri, Unsur rumah 12x12 m, terdapat ventilasi, atap flat, Jendela, lantai keramik.

c. Karakteristik keluarga atau komunitas RW

Lingkungan keluarga Ny. S cukup baik, hubungan antara keluarga dan komunitas atau RW. Pelayanan yang ada di lingkungan sekitar terdapat dokter, klinik, PS, bank, apotek.

3. Mobilitas geografis keluarga

Ny. S pernah tinggal di Jl. Pemuda saat masih muda dan sekarang pindah di Gg. Bhakti Praga selama 26 tahun. Rumah mempunyai akses perantara, akses dengan Jl. Raya, mudah di jangkau oleh motor atau kendaraan roda 4.

4. Perkampungan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Ny. S memiliki akses jalan dan PKK, dan anaknya (Nk. P) juga memiliki akses.

5. Sistem pemukiman keluarga.

Jika Ny. S membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah oleh orang-orang dan di rumah klinik keluarga, maka Ny. S menuju ke pelayanan kesehatan transportasi dibantu oleh orang.





#### IV. Struktur keluarga-

##### 1. Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi keluarga terbuka, komunikasi antar keluarga baik, tidak ada masalah, setiap ada masalah selalu diwariskan dengan musyawarah.

##### 2. Struktur kekuasaan keluarga

Keluarga selalu menyelesaikan masalah dengan musyawarah Ny. P dan An-M mengikuti keputusan Ny. S semua anggota keluarga berperan sesuai dengan peran masing-masing.

##### 3. Struktur peran-

###### - Formal

Ny. S sebagai kepala keluarga sekaligus menjadi ibu rumah tangga-anak-anak sebagai pendidik, pembimbing, dan pemberi makan anak-anak keluarga. Selain itu Ny. S sebagai nenek dan keluarga yang dibantu oleh Ny. P. Ny. P juga berperan sebagai orang Ny. S dan ibu bagi anak-anaknya, An-M berperan sebagai anak-anak belajar dan yang belajar dan peran kepala keluarga.

###### - Informal

Setiap anggota keluarga memiliki peran sebagai pendukung atau pendukung bagi yang lain.

##### 4. Nilai dan norma keluarga-

Meskipun Ny. S tidak memiliki anak laki-laki, tetapi ketika anaknya selalu berbincung gembira dan mematuhi aturan Agama dan Masyarakat.

#### V. Fungsi keluarga-

##### 1. Fungsi afektif-

Keluarga Ny. S saling mendukung satu sama lain, dapat menyelesaikan masalah dengan musyawarah, saling mengayungi saling perhatian satu dengan yang lain, jika salah satu anggota keluarganya ada yang sakit langsung dibawa ke klinik keluarga.

## 2. Fungsi Sosial

Ny. S dapat memelihara sosialisasi pada anak-anaknya sehingga dapat memelihara norma dan aturan-aturan hukum dengan pertukaran nilai-nilainya.

## 3. Fungsi Keperawatan Keluarga

n. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

1) Kemampuan keluarga menangani masalah

Ny. S mengatakan dirinya memiliki hipertensi semenjak Maret tahun 2020. Ny. S mulai mengetahui tekanan darah tinggi dengan tekanan darah 120/120 mmHg. Ny. S tidak mengetahui penyebab dan bagaimana cara mengatasinya dengan tepat. Ny. S mengatakan pernah menanyakan dokter di pagi hari. Ny. S mengatakan ingin mengetahui lebih mengenai tentang penyakit hipertensi.

2.) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Ny. S sudah mengambil keputusan secara tepat, seperti halnya kalau Ny. S jika sakit ke Sagara berobat ke klinik.

3.) Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

Keluarga merawat anggota yang sakit dengan membeli obat warung, mengatur pola tidur, menyuruh Ny. S beristirahat.

4.) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat

Keluarga Ny. S mengerti cara memelihara lingkungan yang sehat pada lingkungan keluarga.

5.) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

yang terdekat dari rumah Ny. S adalah klinik, apotek, RS. Kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan adalah keluarga dapat pergi ke klinik terdekat

karena terjangkau oleh keluarga.

## 4. Keberhasilan Perilaku Kesehatan

Ny. S mengatakan anggota keluarganya makan 3x sehari, makan sayur, buah yang bervariasi per harinya. Ny. S mengatakan minumnya banyak 1 liter keluarga lebih 2 liter perhari.

## VI Stres dan coping keluarga

### 1. Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yang dirasakan Ny. S berambor pada sakit yang dirasakan. Stressor jangka panjangnya adalah Ny. S mengidap penyakit hipertensi. Semenjak bulan Maret 2020 dan Ny. S ingin penyakit hipertensi-nya dapat sembuh total.

### 2. Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stressor

Upaya Ny. S dalam mengatasi stres biasanya dengan cara istirahat dan mengalihkan ke hal hal lain seperti mengobrol dan berkumpul dengan cucunya

### 3. Strategi coping yang digunakan

Untuk masalah besar keluarga biasanya berdiskusi dalam menghadapi masalah dan mengambil keputusan keputusan terbaik bersama - sama keluarga.

### 4. Strategi adaptasi difungsional

keluarga Ny. S mengaitkan anggota keluarganya tidak ada yang melakukan kekesalan ketika terjadi suatu permasalahan

## VII. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Ny. S (pacen)	Ny. P	An. M
TD	170/120 mmHg	120/80 mmHg	110/80 mmHg
Nadi	90x/menit	80x/menit	85x/menit
Suhu	36,5°C	36,5°C	36,8°C
RR	24x/menit	20x/menit	20x/menit
BB	66 kg	60 kg	57 kg
kepan	Mesochepal	Mesochepal	Mesochepal
Rambut	Seharian beruban bersih	Hitam, bersih	Hitam, bersih
Kaki	Saus merah tergep baik, mata, keripis	Sawomaring, tergep baik	Saus merah tergep baik
Mata	Semeris, konjungtiva tidak anemis, sklera	Semeris, konjungtiva tidak anemis sklera	Semeris, konjungtiva tidak anemis sklera

### VIII Harapan keluarga

Keluarga Ny S berharap anggota keluarganya tidak ada yang sakit-sakitan dan keluarga berharap dengan kedatangan mahasiswa FIK Unissula dapat memberikan informasi kesehatan sehingga anggota keluarga dapat memahami kesehatan.

### B Analisa Data

No	Data Fokus	Diagnosa
1	<p><b>Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ny S mengatakan dirangsang mengetahui terdapat darah tinggi dengan yaitu TD 150/120 mmHg. Ny S tidak mengetahui penyebabnya dan bagaimana cara mengatasinya tepat.</li><li>- Ny S mengatakan jarang melakukan olahraga di pagi hari.</li><li>- Ny S mengatakan ingin mengetahui lebih dalam mengenai tentang penyakit hipertensi.</li><li>- Ny S ingin penangan hipertensinya dapat sembuh total.</li></ul> <p><b>Do-</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ny S tampak kooperatif dan konsentrasi.</li><li>- Ny S sering bertanya mengenai apa yang harus dilakukan untuk mengona. Sakitnya apa tidak semakin parah.</li></ul>	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi.

2

Do

- Nyeri menjalar ke bagian tengkuk, tengkuk terasa kaku, sering pegang dan gemas

P: nyeri bertambah ketika pengikat di dekatnya kambuh

A: hilang timbul seperti dipukul-pukul

R: di tengkuk

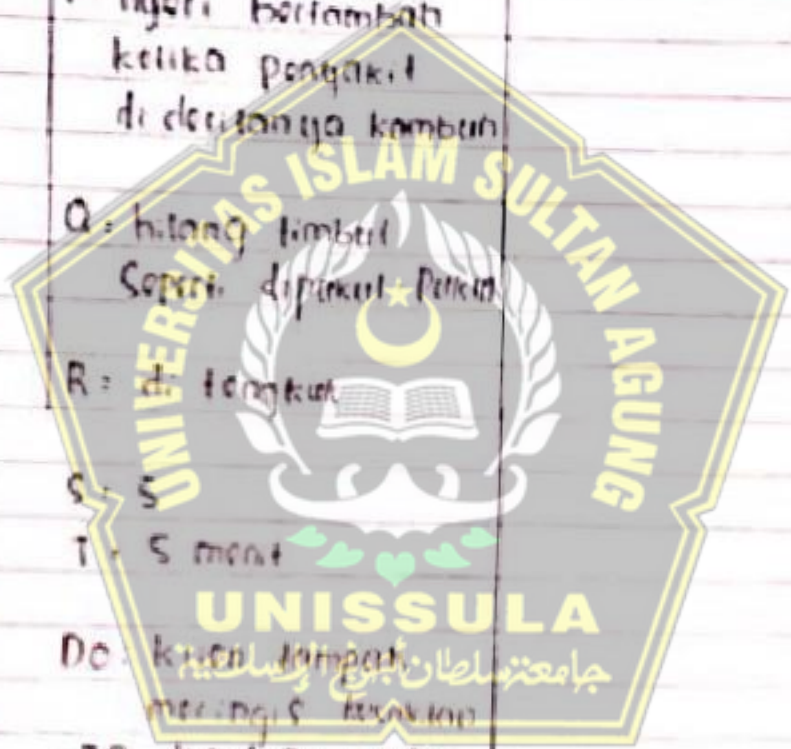
S: S

T: 5 menit

Do: kaku tampak meringis kesakitan

- TD 160/120 mmHg
- Suhu: 36.5°C
- RR: 20x/menit
- Nadi: 90x/menit

Mer. kronis b.d. trauma emosional d.d. menjalar nyeri, kaku tampak meringis dan gemas



## C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d tekanan emosional d d mengeluh nyeri, klien tampak meringis dan gelisah
2. Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar Informasi

## D. Prioritas Masalah / skoring masalah

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
<b>Sifat Masalah</b> - Aktual (Tindak / kurang sehat) 3 - Risiko (ancaman kesehatan) 2 - wellness (keabahan Sejahtera) 1	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Sifat masalah sudah terjadi atau aktual karena data Subjektif Objektifnya mendukung yaitu Ny.s mengeluh nyeri pada tungkunya nyeri muncul ketika hipertensi kambuh.
<b>Kemungkinan masalah yang diubah</b> - mudah 2 - Sebagian 1 - tidak dapat diubah 0	2	2	$2/2 \times 2 = 2$	Pengetahuan kurang, teknologi belum mendukung, kompetensi perawat Timbukan untuk mengatasi nyeri di lakukannya kompres air hangat atau massage, ekonomi keluarga tercukupi, organisasi yang diikuti keluarga arisan danis

				dukungan sosial dari keluarga mendukung
Potensi Masalah untuk dicegah				
- Tinggi	3		$\frac{2}{3} \times 1$	Lema masalah terjadi sudah dari 2019, nyeri hilang timbul terutama yang sedang dijawabkan keluarga member obat tidak ada akses informasi nyeri yang dirasakan
- Cukup	2	1	$= \frac{2}{3}$	
- Rendah	1			
Memerintasi Masalah				
- Masalah berat harus segera ditangani	2		$\frac{2}{2} \times 1$	Keluarga mengatakan bahwa nyeri yang harus segera ditangani, karena keluarga beranggapan nyeri dapat menghambat aktivitas.
- Masalah di rasakan & tidak harus ditangani	1	1	$= 1$	
- Masalah tidak dirasakan	0			
Total			$\frac{42}{3}$	

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembahasan
Sifat Masalah				
- Aktual (Tingkat/ kurangnya sehat)	3		$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	Sifat masalah wellness sesuai dengan data
- Risiko (ancaman kesehatan)	2	1		Subjektifnya Mg S mengatakan dirinya mengetahui tekanan darah tinggi dengan tekanan darah 170/120 mm Hg.
- Wellness (keadaan Sejahtera)	1			





Kemungkinan masalah yang diubah

- Mubah
- Sebagian (kesehatan)

2

2

$2/2 \times 2$

= 2

0

Pengetahuan tentang penyakit hipertensi cukup baik, timatoin keluarga untuk mengatasi dengan membeli obat warung, mengatur pola diet garam, dan mengatur Ny S Istirahat, kebutuhan ekonomi tercukupi dari dana pensiun suami dan di bantu anaknya kompetensi perawat memberikan tindakan serum hipertensi dan juga mengadukasi keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan seperti Apotek, Klinik, RS dekat dengan rumah dan akses jalan sudah baik tidak ada kendala, dukungan social dari anak keponakan membantu transportasi jika mau periksa ke pelayanan kesehatan.



- cukup	2		2/3 x 1	dalam mengatasi masalah
- Rendah	1		- 2/3	ini ada komunikasi dalam keluarga, mendapat akses informasi dari keponakan seorang perawat, lama masalah yang dialami sudah dari tahun 2019
				intervensi mandiri keluarga merawat anggota yang sakit dengan membelikan obat warung mengatur pola diet, garam, dan menyuruh Nys istirahat dan berjemur dipagi hari.
Menonjolnya masalah				keluarga menyadari masalah yang sedang dihadapi Nys adalah masalah berat, keluarga berusaha semaksimal mungkin untuk mengatasi masalah ini
- masalah berat harus segera ditangani.	2			dengan cara memeriksakan ke fempat pelayanan kesehatan.
- masalah dirasakan tidak harus ditangani.	1	1	2/2 x 1 = 1	
- masalah tidak dirasakan	0			

E. RENCANA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	TUJUAN	EVALUASI		INTERVENSI
		Umum	Khusus	KPI Terici	Standart	
1.	Nyeri kronis.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1 minggu, maka nyeri dapat teratasi tingkat nyeri menurun.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1x60 menit (setiap pertemuan) maka -keluhan nyeri menurun - gelisah menurun - meringis kesikitan menurun.	ver bal	- Nly. 5 mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 3. Bikonotor dapat mengikuti teknik mengatasi nyeri yang diajarkan perawat psikomotor dapat mendemonstrasikan latihan tarik napas dalam yang diajarkan perawat.	menejemen Nyeri - berikan teknik non Farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksi) - demonstrasikan dan latih tarik napas dalam - mengidentifikasi skala nyeri.
2.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1 minggu, maka menejemen kesehatan meningkat	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1x60 menit, maka klien mampu :	kesponver bal	- pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala hipertensi yaitu kepala pusing	Edukasi Kesehatan - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jelaskan pentingnya pemeriksaan kesehatan



1. Menyebutkan tanda dan gejala Hipertensi		gemetar, jantung berdebar, kulit berdebar, kulit tidur.	- berikan kesempatan untuk bertanya
2. Mengurangi penyebab hipertensi.	Verbal	- pasien mampu menyebutkan penyebab Hipertensi	- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (Senam Hipertensi)
3. Menyebutkan cara pencegahan Hipertensi.	Verbal	mampu menyebutkan penyebab Hipertensi yaitu keturunan, kegemukan, stres, usia	
4. Mampu mempraktikkan Senam Hipertensi.	Verbal	- pasien mampu menyebutkan cara pencegahan Hipertensi yaitu diet garam, hindari stres, olahraga yang teratur, menjaga keseimbangan BB.	
	PSI Kom Otor	- pasien mampu mempraktikkan Senam Hipertensi	

## F. Implementasi Keperawatan

No	Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Ttd
1.	Pabu, 25 November 2020 09.00	Nyeri Kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam.</li> <li>- mengidentifikasi skala nyeri.</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan masih merasakan nyeri</p> <p>TD: 160/110</p> <p>Suhu: 36,8°C</p> <p>Nadi: 90x/menit</p> <p>RR: 24x/menit</p> <p>O: Ny.S tampak meringis kesakitan</p> <p>S: Ny.S mengatakan mau mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>O: Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi.</p> <p>S: Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>O: Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam.</p> <p>S: Ny.S mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>P: terlalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengonsumsi banyak garam.</p>	

				<p>Q : klien mengatakan nyeri terasa di pukul - pukul, tengkuk terasa kaku.</p> <p>R : ditengkuk,</p> <p>S : skala 5,</p> <p>T : nyeri hilang timbul.</p> <p>O : klien tampak meringis kesakitan.</p>
		<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar Informasi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- menjadwalkan pentes sesuai kesepakatan.</li> <li>- memberikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>- mengajarkan Senam Hipertensi</li> </ul>	<p>S : Ny.s mengatakan siap untuk menerima Informasi pendidikan kesehatan.</p> <p>O : Ny.s tampak kooperatif dan memperhatikan pementri.</p> <p>S : Ny.s mengatakan bersedia diberikan pentes kapan saja</p> <p>O : Ny.s tampak kooperatif.</p> <p>S : Ny.s mengatakan ingin bertanya terkait penyakit Hipertensi.</p> <p>O : Ny.s tampak antusias saat pentes berlangsung</p> <p>S : Ny.s mengatakan bersedia mengikuti Senam Hipertensi</p> <p>O : Ny.s mengikuti Senam Hipertensi dengan baik.</p>

2.	Kamis, 26 November 2020 11.00	Nyeri kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam.</li> <li>- mengidentifikasi gejala nyeri</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan nyeri di tengkuk berkurang. TD : 150 / 70 Suhu : 36 °C Nadi : 91 x / menit RR : 23 x / menit O : Ny.S tampak sedikit rileks</p> <p>S : Ny.S mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat. O : Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi.</p> <p>S : Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat. O : Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam.</p> <p>S : Ny.S mengatakan nyeri mulai berkurang p: tertalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengkonsumsi banyak garam. Q : klien mengatakan nyeri terasa di pukul - pukul, tengkuk terasa kaku R : ditengkuk S : skala 3</p>
----	--	-----------------	---	--

				O: klien tampak sedikit tenang.
3.	Jumat, 27 November 2020 11.00	Nyeri kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam</li> <li>- mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan tidak merasakan nyeri di tengkuk. TD : 130 / 60 Suhu : 37°C Nadi : 91 x / menit RR : 25 x / menit</p> <p>O: Ny.S tampak rileks dan tenang. S: Ny.S mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat O: Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi. S: Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat. O: Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam S: Ny.S mengatakan tidak merasa nyeri saat ini. P: terlalu banyak memikirlah sesuatu melakukan aktifitas berlebihan, mengkonsumsi banyak garam Q: tidak merasakan nyeri dan kaku</p>



				R: ditentang
				S: Skala 5
				T: nyeri hilang timbul
				O: klien tampak tenang

5. Evaluasi

	Tanggal	Diagnosa keperawatan	perkembangan
1.	1 20		<p>mengatakan dirasakan ditengkul.</p> <p>O: Vom</p> <p>Td : 150 / 110 mm Hg</p> <p>9.Ahu: 36,5 °C</p> <p>Rr : 22 x / menit</p> <p>Nadi : 91 x / menit</p> <p>bertambah yang diterima</p> <p>Q: hilang dipukul-pukul</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: Masalah Sebagian.</p> <p>lanjutkan Intervensi</p> <p>mengatakan dan mengerti tentang er&amp;vte-to penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, akibat, dan dirithipertensi.</p> <p>o tampak (evtcwto) Masalah teratasi.</p> <p>Intervensi</p>
		Deficit pengetahuan b.d kurang ter Informasi.	

	26/11/20	uran13	S: Klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
			O: Klien tampak membaik
			Id: Ho IDO MMH
			Suhu: 36°C
			RR: 21x/menit
			Nadi: 90x/menit



			<p>P: nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh</p> <p>Q: tidak merasakan nyeri.</p> <p>R: ditengkul.</p> <p>S: 3</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi.</p>
3.	27/11/20 17.00 WIB	Nyeri kronis	<p>S: Klien mengatakan saat ini tidak merasakan nyeri.</p> <p>O: klien tampak rileks</p> <p>Tp: 130/80 mmHg</p> <p>Suhu: 36°C</p> <p>Pp: 23x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>P: Nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh</p> <p>Q: Tidak merasakan nyeri.</p> <p>R: ditengkul</p> <p>S: 1</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p>



E. RENCANA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	TUJUAN	EVALUASI		INTERVENSI
		Umum	Khusus	KPI Terici	Standart	
1.	Nyeri kronis.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1 minggu, maka nyeri dapat teratasi tingkat nyeri menurun.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1x60 menit (setiap pertemuan) maka -keluhan nyeri menurun - gelisah menurun - meringis kesikitan menurun.	ver bal	- Nly. 5 mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 3. Bikonotor dapat mengikuti teknik mengatasi nyeri yang diajarkan perawat psi komotor dapat mendemonstrasikan latihan tarik napas dalam yang diajarkan perawat.	menejemen Nyeri - berikan teknik non Farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat) - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksi) - demonstrasikan dan latih tarik napas dalam - mengidentifikasi skala nyeri.
2.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1 minggu, maka menejemen kesehatan meningkat	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 1x60 menit, maka klien mampu :	kesponver bal	- pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala hipertensi yaitu kepala pusing	Edukasi Kesehatan - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jelaskan pentingnya pemeriksaan kesehatan



1. Menyebutkan tanda dan gejala Hipertensi		gemetar, jantung berdebar-debar, kulit fidur.	- berikan kesempatan untuk bertanya
2. Mengurangi penyebab Hipertensi.	Verbal	- pasien mampu menyebutkan penyebab Hipertensi	- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (Senam Hipertensi)
3. Menyebutkan cara pencegahan Hipertensi.	Verbal	- pasien mampu menyebutkan penyebab Hipertensi yaitu keturunan, kegemukan, stres, usia	
4. Mampu mempraktikkan Senam Hipertensi.	Verbal	- pasien mampu menyebutkan cara pencegahan Hipertensi yaitu diet garam, hindari stres, olahraga yang teratur, menjaga keseimbangan BB.	
	PSI Kom Otor	- pasien mampu mempraktikkan Senam Hipertensi	

## F. Implementasi Keperawatan

No	Waktu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Ttd
1.	Pabu, 25 November 2020 09.00	Nyeri Kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam.</li> <li>- mengidentifikasi skala nyeri.</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan masih merasakan nyeri</p> <p>TD: 160/110</p> <p>Suhu: 36,8°C</p> <p>Nadi: 90x/menit</p> <p>RR: 24x/menit</p> <p>O: Ny.S tampak meringis kesakitan</p> <p>S: Ny.S mengatakan mau mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>O: Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi.</p> <p>S: Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>O: Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam.</p> <p>S: Ny.S mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>P: terlalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengonsumsi banyak garam.</p>	

				<p>Q : klien mengatakan nyeri terasa di pukul - pukul, tengkuk terasa kaku.</p> <p>R : ditengkuk,</p> <p>S : skala 5,</p> <p>T : nyeri hilang timbul.</p> <p>O : klien tampak meringis kesakitan.</p>
		<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar Informasi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- menjadwalkan pentes sesuai kesepakatan.</li> <li>- memberikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>- mengajarkan Senam Hipertensi</li> </ul>	<p>S : Ny.s mengatakan siap untuk menerima Informasi pendidikan kesehatan.</p> <p>O : Ny.s tampak kooperatif dan memperhatikan pementri.</p> <p>S : Ny.s mengatakan bersedia diberikan pentes kapan saja</p> <p>O : Ny.s tampak kooperatif.</p> <p>S : Ny.s mengatakan ingin bertanya terkait penyakit Hipertensi.</p> <p>O : Ny.s tampak antusias saat pentes berlangsung</p> <p>S : Ny.s mengatakan bersedia mengikuti Senam Hipertensi</p> <p>O : Ny.s mengikuti Senam Hipertensi dengan baik.</p>



2.	Kamis, 26 November 2020 11.00	Nyeri kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam.</li> <li>- mengidentifikasi gejala nyeri</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan nyeri di tengkuk berkurang. TD : 150 / 70 Suhu : 36 °C Nadi : 91 x / menit RR : 23 x / menit O : Ny.S tampak sedikit rileks</p> <p>S : Ny.S mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat. O : Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi.</p> <p>S : Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat. O : Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam.</p> <p>S : Ny.S mengatakan nyeri mulai berkurang p : tertalu banyak memikirkan sesuatu, melakukan aktifitas berlebihan, mengkonsumsi banyak garam. Q : klien mengatakan nyeri terasa di pukul - pukul, tengkuk terasa kaku R : ditengkuk S : skala 3</p>
----	--	-----------------	---	---

				O: klien tampak sedikit tenang.
3.	Jumat, 27 November 2020 11.00	Nyeri kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat)</li> <li>- mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi)</li> <li>- mendemonstrasikan dan melatih tarik napas dalam</li> <li>- mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul>	<p>S: Ny.S mengatakan tidak merasakan nyeri di tengkuk.</p> <p>TD : 130 / 60</p> <p>Suhu : 37°C</p> <p>Nadi : 91 x / menit</p> <p>RR : 25 x / menit</p> <p>O: Ny.S tampak rileks dan tenang.</p> <p>S: Ny.S mengikuti teknik yang diajarkan oleh perawat</p> <p>O: Ny.S tampak kooperatif dan konsentrasi.</p> <p>S: Ny.S memperhatikan dan mengikuti latihan tarik napas dalam yang diajarkan oleh perawat.</p> <p>O: Ny.S tampak responsif dan paham ketika melakukan latihan tarik napas dalam</p> <p>S: Ny.S mengatakan tidak merasa nyeri saat ini.</p> <p>P: terlalu banyak memikirlah sesuatu melakukan aktifitas berlebihan, mengkonsumsi banyak garam</p> <p>Q: tidak merasakan nyeri dan kaku</p>

				R: ditentang
				S: Skala 5
				T: nyeri hilang timbul
				O: klien tampak tenang

5. Evaluasi

	Tanggal	Diagnosa keperawatan	perkembangan
1.	120		<p>mengatakan dirasakan ditengkul.</p> <p>O: Vom</p> <p>Td : 150 / 110 mm Hg</p> <p>9.Ahu: 36,5 °C</p> <p>Rr : 22 x / menit</p> <p>Nadi : 91 x / menit</p> <p>bertambah yang diterima</p> <p>Q: hilang dipukul-pukul</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: Masalah Sebagian.</p> <p>lanjutkan Intervensi</p> <p>mengatakan dan mengerti tentang er&amp;vte-to penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, akibat, dan dirithipertensi.</p> <p>o tampak (evtcwto) Masalah teratasi.</p> <p>Intervensi</p>
		Deficit pengetahuan b.d kurang ter Informasi.	

	26/11/20	uran13	S: Klien mengatakan nyeri mulai berkurang.
			O: Klien tampak membaik
			Id: Ho IDO MMH
			Suhu: 36°C
			RR: 21x/menit
			Nadi: 90x/menit



			<p>P: nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh</p> <p>Q: tidak merasakan nyeri.</p> <p>R: ditengkul.</p> <p>S: 3</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi.</p>
3.	27/11/20 17.00 WIB	Nyeri kronis	<p>S: Klien mengatakan saat ini tidak merasakan nyeri.</p> <p>O: klien tampak rileks</p> <p>Tp: 130/80 mmHg</p> <p>Suhu: 36°C</p> <p>Pp: 23x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>P: Nyeri bertambah ketika penyakit yang diderita kambuh</p> <p>Q: Tidak merasakan nyeri.</p> <p>R: ditengkul</p> <p>S: 1</p> <p>T: 5 menit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi.</p>

