# BAB III

# GAMBARAN KASUS

# ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN TN. S DENGAN DIAGNOSA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA

# UPT PUSKESMAS SIKUI

1. **PENGKAJIAN**

Pada hari Senin, 8 Juli 2024, Tn.S datang diantar anaknya ke UPT Puskesmas Sikui jam 08.00 WIB. Di lakukan pengkajian terhadap pasien dengan hasil : pasien berjenis kelamin laki-laki, berusia 56 Tahun, beralamat tinggal di desa sikui RT 03, status perkawinan duda dan memiliki satu orang anak laki-laki berusia 18 tahun. pasien beragama islam, suku jawa, pendidikan terakhir SMP dan saat ini bekerja sebagai wiraswasta (memiliki bengkel sepeda motor).

Pasien datang dengan keluhan utama sakit kepala bagian belakang, tengkuk dan punggung, seperti ditekan, sifat hilang timbul, tampak tegang, kadang-kadang memegangi kepalanya, nyeri bertambah saat aktifitas, sejak 2 (dua) hari yang lalu. Riwayat Kesehatan keluarga dari data genogram orang tua laki-laki pasien meninggal dunia akibat mati mendadak dan ibu, saudaranya menderita hipertensi. Status sosial ekonomi pasien termasuk menengah kebawah bekerja sebagai wiraswasta/ bengkel sepeda motor dengan penghasilan rata-rata 5 juta perbulan, cukup untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari keluarganya. Pasien tinggal berdua Bersama anaknya di sebuah rumah non permanen, berdinding dan lantai terbuat dari kayu.

Keluarga pasien saat ini masuk tahap 5 yaitu memiliki anak masa remaja, tidak memiliki isteri dengan status duda, tahap perkembangan yang belum terpenuhi yaitu ingin memiliki isteri kembali dan pada saat masa lansia nanti mempunyai teman pendamping hidup. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya pasien mengatakan tidak pernah memiliki penyakit kronis dan menular, pasien tidak pernah olah raga dan sering mengalami pusing, sakit kepala, tengkuk dan punggung. Pasien sering minum obat paracetamol kalau mengalami pusing dan sakit kepala, menurut pasien hal itu disebabkan karena kelelahan saja, pasien tidak pernah memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan dan tidak mendapatkan obat hipertensi karena sakitnya sembuh dengan minum obat yang dibelinya di warung. Pada saat dilakukan pemeriksaan TTV : TD 180/100 mmhg, Nadi 98 x/menit, Suhu 36,7 ˚C, Pernapasan 22 x/menit. Intensitas nyeri Skala 5.

Fungsi perawatan, strategi fungsional dan peran keluarga tidak berjalan dengan baik, keluarga kurang mengenal masalah kesehatan yang terjadi, Pasien mengatakan tekanan darahnya normal saja, saat pasien mengalami sakit anaknya hanya membelikan obat paracetamol diwarung, tidak membawa bapaknya untuk periksa ke fasilitas kesehatan, padahal keluarga memiliki kartu BPJS Kesehatan, kendaraan roda 2 dan fasilitas kesehatan yang tidak jauh dari rumahnya serta akses jalan menuju poskesdes bisa dilewati menggunakan transportasi roda 2 dan roda 4.Strategi adaptasi fungsional kuluarga kurang baik, anggota keluarga/ anak klien tidak memotivasi bapanya untuk memeriksakan diri terlebih dahulu sebelum minum obat.

Tambahan data pengkajian didapatkan informasi keluarga tidak tau komplikasi dari penyakit hipertensi, pasien senang makan yang asin-asin, gorengan dan berlemak, saat dilakukan kunjungan kerumah pasien mendapatkan pengobatan dari puskesmas amlodipin10mg 1x1 tablet/ hari, ibuprofen 400mg 2x1 tablet/ hari, B comp 2x1 tablet/hari.

1. ANALISA DATA

Hasil pengkajian yang dilakukan oleh Mahasiswa telah dilakukan analisis dan ditemukan data senjang sebagai berikut :

* + - 1. Data subjektif : Tn. S mengatakan sakit kepala bagian belakang, tengkuk dan punggung selama 2 hari yang lalu, Nyeri kepala seperti ditekan, nyeri bertambah saat aktifitas, skala nyeri 5, sifat hilang timbul, keluarga mengatakan tidak mengetahui masalah kesehatan yang sedang dialaminya, pasien mengatakan tekanan darahnya 180/100 mmhg itu normal saja, Keluarga mengatakan tidak tau komplikasi dari hipertensi, tidak pernah olahraga secara teratur,senang makan yang asin, berlemak dan gorengan, bapaknya dulu meninggal secara mendadak, Pasien mengatakan sakit kepala,pusing dan sakit tengkuk adalah akibat kelelahan saja, keluarga bertanya terkait penyakit yang di derita Tn.S.
      2. Data objektif : Tn.S tampak sesekali memegangi kepalanya, terlihat tampak tegang, tekanan darah 180/100 mmhg, nadi 98x/menit, suhu 36,7 °C, Respirasi rate 22x/menit, Berat badan Tn.S 60 kg dan Tinggi badan 159 cm.

1. **DIAGNOSE KEPERAWATAN**

Berdasarkan analisa data senjang yang didapatkan maka dapat di tegakan diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut :

* + - 1. Nyeri akut (D.0077), berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
      2. Defisit pengetahuan keluarga (D.0111) berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenal masalah.

1. **SKORING PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA**

Sehubungan ditemukannya diagnose keperawatan lebih dari 1 maka dilakukan penilaian skoring sebagai berikut :

Diagnosa 1 : Nyeri akut (D.0077)

* + - 1. Sifat masalah dengan nilai skore : 1
      2. Kemungkinan masalah dapat dirubah dengan nilai skore : 1
      3. Potensial untuk dicegah dengan nilai skore : 1
      4. Menonjolnya masalah dengan nilai skore : 1

Jumlah skore keseluruhan : 4

Diagnosa 2 : Defisit pengetahuan keluarga (D.111)

* 1. Sifat masalah dengan skore : 1
  2. Kemungkinan masalah dapat dirubah dengan nilai skore : 1
  3. Potensial untuk dicegah dengan skore : 0,6
  4. Menonjolnya masalah dengan skore : 0,5

Jumlah skore keseluruhan : 3,1

1. **PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA**

Berdasarkan hasil penilaian skoring diagnose keperawatan didapatkan diagnose 1 memiliki skore lebih tinggi dibandingkan diagnose 2, maka diagnose utama yang lebih diprioritaskan adalah Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisiologis.

1. **INTERVENSI KEPERAWATAN**

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

* + - 1. Manajemen nyeri

1. Observasi : Identifikasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kwalitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kwalitas hidup, berikan terafi mandiri non farmakologi teknik relaksasi napas dalam, Monitoring keberhasilan terafi yang sudah diberikan.
2. Terapiutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri melalui teknik relaksasi napas dalam, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur.
3. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat, Anjurkan terapi nonfarmakologis melalui teknik relaksasi napas dalam.
4. Kolaborasi : Pemberian Amlodipin 10mg 1x1, Ibuprofen 400 2x1, B.com 2x1 tab.
   * + 1. Edukasi manajemen nyeri
     1. Observasi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
     2. Terafeutik : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya.
     3. Edukasi : Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. S tanggal 9 juli 2024 untuk mengatasi maslah keperawatan nyeri akut (D.0077) dengan mengaplikasikan manajemen nyeri yang meliputi: karakteristik, durasi, frekuensi, kwalitas, intensitas, sifat dan skala nyeri melalui anamnesa terhadap pasien. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital : Tekanan darah 160/90 mmhg, Suhu 36, 7 °C, Resfirasi Rate : 20 x/menit, Nadi : 87 x/menit. Selain melakukan manajemen nyeri.

Ners muda juga melakukan implementasi keperawatan mandiri untuk mengurangi nyeri sesuai *Evidence Based Praktice* yaitu memberikan terafi nonfarmakologis metode relaksasi napas dalam dengan cara menganjurkan pasien untuk duduk santai dan rileks, Tarik napas melalui hidung dengan hitungan 1,2,3,kemudian tahan selama 5-10 detik, Hembuskan napas melalui mulut secara perlahan-lahan, Terafi non farmakologis ini dilakukan sebelum minum obat anti nyeri Mengulang kembali sampai 15 kali dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali, menganjurkan untuk melakukannya secara mandiri dirumah bersama keluarga. Kolaborasi dengan dokter melalui pemberian obat Amlodipin 10 mg 1x 1, Ibuprofen 400 mg 2x1, B complek 2x1 perhari. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan terafi farmakologi dan non farmakologi secara teratur dan rutin di rumah.

1. EVALUASI KEPERAWATAN

Hasil evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 9 juli 2024 pada Tn. S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut melalui implementasi keperawatan manajemen nyeri dan terafi relaksasi napas dalam didapatkan hasil : Klien mengatakan mengatakan nyeri kepalanya agak berkurang, tengkuk dan bahunya agak terasa ringan, tekanan darah 150/90 mmhg, suhu 36,5°C, Respirasi 20 x/ menit, Nadi 82 x/ menit.