BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada tanggal 11 Mei 2024

a. Data Umum

		Keluarga 1	Keluarga 2
1)	Nama KK	Ny. E	Tn. S
2)	Usia	54 Tahun	58 Tahun
3)	Pendidikan	SMA	Sarjana
4)	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Guru
5)	Alamat	Jl Turangga Timur No	Jl Turangga Timur No 27/115S
		04/115S RT 06/09 Ds	RT 02/09 Ds Lingkar Selatan,
		Lingkar Selatan, Kec	Kec Lengkong Kota Bandung
		Lengkong Kota Bandung	

1) Komposisi Keluarga

Keluarga 1

NO	Nama	Umur	Jk	Status	Pendidikan	Pekerjaan	Imunisasi	Status
								Kesehatan
1	Tn. H	53	L	Menikah	Sarjana	Perangkat	Lengkap	Sehat
						desa		
2	Ny. E	54	P	Menikah	SMA	IRT	Lengkap	Sakit
3	An. T	25	P	Menikah	SMA	IRT	Lengkap	Sehat
4	An. Ra	21	P	Belum	SMA	Karyawati	Lengkap	Sehat
				Menikah				
5	An. Ri	21	P	Belum	SMA	Belum	Lengkap	Sehat
				Menikah		Bekerja		

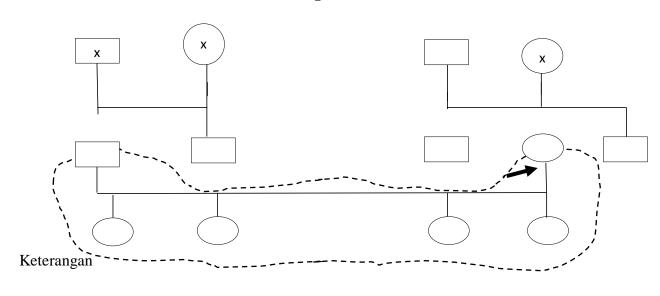
6	An.B	14	P	Belum	SMP	Pelajar	Lengkap	Sehat
				Menikah				

Keluarga 2

No	Nama	Umur	J	Statu	Pendidikan	Pekerjaan	Imunisas	Status
			k	s			i	Kesehatan
1	Ny N	56 thn	L	Istri	Diploma III	IRT	Lengkap	Sehat
3	Nn.R	27 thn	P	Anak	SMA	Pelajar/maha siswa	Lengkap	Sehat
4	Nn. R	25 thn	P	Anak	SMA	Pelajar/maha siswa	Lengkap	Sehat
5	Nn R	20 thn	P	Anak	SMA	Pelajar/ mahasiswa	Lengkap	Sehat

2) Genogram

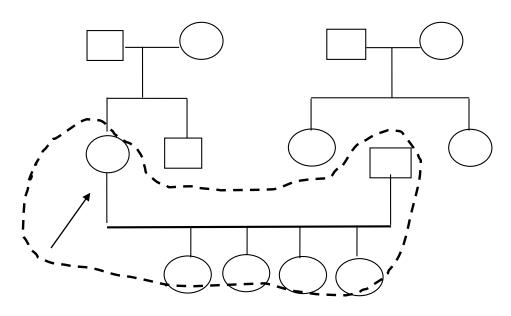
Keluarga





Pada saat dikaji, Ny. E merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, dan Ny. E memiliki 4 orang anak yang terdiri 4 perempuan. Ny. E tinggal serumah berama suami dan anak- anaknya.

Keluarga 2



Keterangan:



Pada saat dikaji, Tn S adalah keluarga yang sudah lama menikah dan sudah dikaruniai 4 orang anak yang hidup.

No	Komponen	Keluarga 1	Keluarga 2
		Tipe keluarga Ny. E merupakan tipe	Tn. S merupakan tipe keluarga
8.	Tipe Keluarga	keluarga nuclear family atau keluarga	keluarga nuclear. Tn. S dan Ny. N
0.		inti yang terdiri dari suami, istri dan	tinggal bersama ketiga anaknya.
		anak	
		Keluarga Ny. E berasal dari suku jawa	Keluarga Tn. S berasal dari suku jawa,
		asli. Bahasa yang digunakan sehari –	sedangkan Ny. N berasal dari suku
		hari adalah bahasa jawa dan bahasa	sunda asli. Bahasa yang digunakan
9.	Suku	indonesia. Ny. E tinggal pada	sehari – hari adalah bahasa sunda dan
7.	Suku	lingkungan yang tidak ada hubungan	bahasa indonesia. Tn. S tinggal pada
		keluarga dengan latar belakang suku	lingkungan yang masih ada hubungan
		yang sama.	keluarga dengan latar belakang suku
			yang sama.
	Agama	Keluarga Ny. E beragama Islam, Ny.	Islam, keluarga rajin menjalankan
		E kadang-kadang suka mengikuti	ibadah sholat lima waktu, Tn.S
10.		acara pengajian yang diadakan di	melakukan ibadah shalat berjamaah di
10.		lingkungan rumahnya.	masjid bersama warga dan Ny N
			beserta anak anak yang lain melakukan
			sholat di rumah
		Saat ini keuangan untuk memenuhi	Pencari nafkah Tn.S dibantu Bersama
		kebutuhan sehari-hari didapat dari	Ny N Saat ini Tn. S dan Ny N dan ke 3
	Status Sosial	hasil kerja suami dan jualannya	anaknya mengajar di TK miliknya
11.		sehari-hari	sendiri dengan pendapatan kurang
	Ekonomi		lebih sebesar Rp 3.600.000
			pengeluaran digunakan untuk BPJS,
			Listrik, dan kebutuhan sehari hari

		Rekreasi yang rutin di lakukan adalah	Rekreasi yang rutin di lakukan adalah
	Aktifitas	menonton TV bersama, adapun untuk	menonton tv Bersama anak anak
12.	Rekreasi	rekreasi keluar biasanya ketika ada	adapun untuk rekreasi keluar biasanya
	Keluarga	kerabat yang mengajak dan keadaan	tidak menentu tapi biasanya keluar ke
		Ny. E sedang sehat.	daerah cicalengka rekreasi.

b. Riwayat Kesehatan

No	Riwayat Kesehatan	Keluarga 1	Keluarga 2
13.	Tahap	Keluarga berada di tahap	Keluarga berada di tahap
	Perkembangan	perkembangan keluarga usia	perkembangan keluarga usia
	keluarga saat ini	pertengahan. Keluarga telah	pertengahan. Keluarga telah
		beradaptasi menjadi orang tua, saat	beradaptasi sebagai keluarga launching
		ini Ny.E berperan sebagai ibu	family, dimana anak-anak mulai keluar
		rumah tangga dari 4 orang anak.	dari rumah untuk menikah. TN S
		Setiap memiliki waktu luang	berperan sebagai kepala keluarga dari 4
		biasanya keluarga berkumpul	anak. Akantetapi satu anaknya telah
		bersama didalam rumah dan saling	menikah dan telah memiliki anak 1,
		bertukar cerita. Saat Ny. E sakit	dan tealah memiliki rumah sendiri.
		biasanya suami dan anak-anaknya	Setiap memiliki waktu luang biasanya
		membawa Ny. E ke klinik atau ke	keluarga menyampatkan waktu untuk
		rumah sakit terdekat dan biasanya	bertemu hanya sekedar untuk makan
		ditangani oleh dokter	bersama dan bercerita.
		langganannya karena Ny. E	
		memiliki penyakit Hiprtensi.	

14. Tahap Kebutuhan perkembangan Kebutuhan perkembangan perkembangan keluarga telah terpenuhi, tinggal telah terpenuhi, tinggal keluarga yang memenuhi perkembangan individu perkembangan individu belum terpenuhi sesuai usia.	al memenuhi sesuai usia.
keluarga yang memenuhi perkembangan individu perkembangan individu belum terpenuhi sesuai usia.	esuai usia.
belum terpenuhi sesuai usia.	
•	
15. Riwayat keluarga Tn. H merupakan suku sunda dan Tn. S penduduk asli b	andung yang
Inti Ny. E merupakan suku jawa. tinggal di bandung	dan Ny. N
Mereka bertemu sejak Ny. E masih penduduk asli bandur	ng Mereka
bekerja. Setelah berpacaran satu bertemu sejak Ny.N mas	sih kuliah dan
tahun Tn. H dan Ny E akhirnya setelah menyelesaikan k	tuliah mereka
melakukan pernikahan dan menikah	
dikarunia 4 anak. Tn H bekerja di	
kelurahan.	
16. Riwayat Keluarga Hubungan antara keluarga pihak Hubungan antara kel	uarga pihak
Sebelumnya keluarga Tn. H dan Ny. E saat ini keluarga Tn. S dan Ny. N	I saat ini baik.
baik. Awalnya saat baru menikah Orang tua Tn S sudah m	eninggal dan
Tn.H langsung memilih untuk Ny N masih ada yan	g tinggal di
tidak tinggal serumah dengan cicalengka	
orang tuannya dan membawa Ny.	
E untuk mencari rumah. Orang tua	
Tn. H berada di suku sunda dan	
Ny. E berada di suku jawa,	
sehingga jarak anatara keluarga	
TN H dan NY E sangat jauh. Tn. H	

orangtuanya akan tetapi Ny. E jarang mengunjungi orangtaunya dan hanya bisa mengunjungi
dan hanya bisa manguniungi
dan nanya oisa mengunjungi
orangtaunya ketika mudik lebaran.

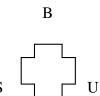
c. Lingkungan

No		Keluarga 1	Keluarga 2
17.	Karakteristik	Rumah yang ditempati adalah milik	Rumah yang ditempati saat ini milik
	Rumah	sendiri, berukuran 8 x 6 m2 yang	sendiri, berukuran < dari 30 meter yang
		terdiri dari 3 kamar tidur, ruang	terdiri dari 2 lantai. Lantai 1 dialih
		keluarga dan ruang tamu serta dapur,	fungsikan untuk TK, dapur dan kamar
		adapun satu WC. Lantai rumah	mandi. Lantai 2 terdiri dari 4 kamar
		tampak sedikit kotor hal ini terlihat	tidur dan sedikit untuk ruang keluarga.
		adanya kotoran pada lantai. Rumah	Lantai rumah tampak bersih hal ini
		yang didiaminya permanen, dibangun	terlihat tidak adnya kotoran pada lantai.
		dipinggir jalan gang, terdapat	Rumah yang didiaminya permanen,
		pekarangan didepan rumah.	didalam gang yang padat penduduk.
			Didepan rumah terdapat halaman atau
			teras kecil. Disebrang rumah terdapat
			halaman memanjang yanag digunakan
			playground mini untuk anak anak dan

			disebelahnya terdapat pos untuk
			, , ,
			mengobrol dengan warga.
18.	Karakteristik	Lingkungan tetangga umumnya	Lingkungan tetangga umumnya berasal
	tetangga dan	berasal dari suku yang sama yaitu	dari desa yang sama tetapi ada
	Komunitas:	suku sunda akantetapi barasal dari	beberapa tetangga yang berasal dari
		berbagai daerah. Lingkungan klien	luar kota. Sekolah dan masjid tidak
		berada didekat kampus sehingga	jauh dari lingkungan rumah. Posyandu
		banyak pendatang yang datang dari	sedikit lebih jauh tetapi aktif digunakan
		berbagai derah dan terdapat banyak	oleh warga oleh Rw 09.
		kosan. Terdapat fasilitas kesehatan	
		posyandu dan posbindu dalam satu	
		tempat dan sering digunakan rutin	
		untuk pemeriksaan lansia, dewasa,	
		bayi dan balita.	
19.	Mobilitas	Kerabat keluarga Ny. E tinggal dalam	Kerabat dan keluarga tinggal jauh dari
	Geografis	satu komunitas yang sama. Untuk	lingkungan untuk komunikasi dengan
	Keluarga:	komunikasi dengan keluarga	keluarga kalua tidak menggunakan
		biasanya Ny. E menggunakan	telepon seluler kadang bersilaturahmi
		telepon seluler atau jika sedang ada	ke tempat keluarganya.
		waktu suka bersilaturahmi secara	
		langsung. Klien pernah	
		bertransmigrasi ataupun berimigasi.	

20.	Perkumpulan	Ny. E tidak terlalu rutin mengikuti	Tn S adalah seorang ketua RT, beliau
	keluarga dan	kegiatan pengajian maupun kegiatan	sering mengikuti kegiatan Bersama
	Interaksi dengan	ibu-ibu di kampung, hal ini dikarekan	warga sekitar seperti kerja bakti
	Masyarakat	kondisi Ny. E sakit. Adapun kegiatan	membersihkan halaman, berkumpul
		berkumpul dengan keluarga di	pengajian dan lain-lain.
		rumahnya bersama anak dan	
		suaminya ny. E.	
21.	Sistem	Saat ini jika ada kesulitan keuangan	Jika ada kesulitan keuangan atau
	Pendukung	keluarga dari Ny.E ada keluarga yang	masalah tertentu istri dan anak anak
	keluarga	selalu membantunya.	selalu membantu.

Gambar denah rumah pasien 1 (Ny. N)



T

	Dapur	Toilet/WC
Kamar 2		l
	R. Tamu & Keluarga	
Kamar 1		Kamar 3
Ter	ras	

Gambar denah rumah pasien 2 (Tn.S)

Lantai 1

Tangga

Lantai 1

Halaman teras

jalan gang

Kamar 4

Dapur

Kamar 3

Kamar 2

Kamar 1

Rumah Tetangga

d. Struktur Keluarga

	Keluarga 1	Keluarga 2
Pola	Pola komunikasi yang digunakan adalah	Pola komunikasi yang digunakan adalah
Komunikasi	pola komunikasi terbuka. Setiap anggota	pola komunikasi terbuka. Setiap anggota
Keluarga	keluarga bebas menyampaikan keluhan,	keluarga bebas menyampaikan keluhan,
	jika ada masalah mereka selalu	jika ada masalah mereka selalu
	mengkomunikasikannya bersama.	mengkomunikasikannya bersama.
Struktur	Pemegang keputusan ada di Tn.H sebagai	Pemegang keputusan adalah Tn. S
Kekuatan	kepala keluarga akan tetapi biasanya jika	dikarenakan Tn. S seorang kepala
Keluarga	mememutuskan keputusan dibarengi	keluarga sehingga semua keputusan
	dengan diskusi dengan istrinya.	diserahkan kepada Tn. S.
Struktur	Peran Ny. E sebagai ibu rumah tangga,	Peran formal Tn. S ayah sebagai bapak
Peran	yang berperan untuk mencari nafkah	yang mencari nafkah. Ny N sebagai ibu
	adalah suaminya yaitu Tn. H untuk	yang mengatur urusan rumah , seperti
	kebutuhan keluarga baik istri maupun	memasak, mengurus anak dan mengatur
	anaknya. Ny. E juga sebagai ibu rumah	ruangan. Ibu juga sebagai perawat
	tangga yang mengatur urusan rumah ,	keluarga jika merawat anaknya baik
	seperti memasak, mengurus anak dan	dalam kondisi sehat maupun sakit.
	mengatur ruangan. Ny. E juga sebagai	
	perawat keluarga jika merawat suami	
	maupun anaknya baik dalam kondisi	
	sehat maupun sakit.	
	Komunikasi Keluarga Struktur Kekuatan Keluarga	Pola Pola komunikasi yang digunakan adalah Komunikasi pola komunikasi terbuka. Setiap anggota keluarga bebas menyampaikan keluhan, jika ada masalah mereka selalu mengkomunikasikannya bersama. Struktur Pemegang keputusan ada di Tn.H sebagai kepala keluarga akan tetapi biasanya jika mememutuskan keputusan dibarengi dengan diskusi dengan istrinya. Struktur Peran Ny. E sebagai ibu rumah tangga, yang berperan untuk mencari nafkah adalah suaminya yaitu Tn. H untuk kebutuhan keluarga baik istri maupun anaknya. Ny. E juga sebagai ibu rumah tangga yang mengatur urusan rumah , seperti memasak, mengurus anak dan mengatur ruangan. Ny. E juga sebagai perawat keluarga jika merawat suami maupun anaknya baik dalam kondisi

28.	Nilai dan	Fungsi nilai dan budaya yang dianut	Nilai dan budaya yang dianut keluarga
	Norma	keluarga adalah saling menghormati	adalah saling menghormati antara
	Budaya	antara anggota keluarga. nilai yang ada di	anggota keluarga dan saling membantu.
		keluarga merupakan nilai agama yang	Nilai yang ada dalam keluarga
		dianutnya yaitu agama Islam.	merupakan nilai agama yang dianutnya
			yaitu agama Islam.

e. Fungsi Keluarga

No		Keluarga 1	keluarga 2
29.	Fungsi Afektif	Orang tua menyadari adanya	Orang tua menyadari adanya
		kebutuhan pada anggota keluarga,	kebutuhan pada anggota keluarga
		seperti kebutuhan terhadap makan,	seperti makan, perhatian, menghargai,
		minum susu tambahan, perhatian dan	menghormati, dan kasih saying
		kasih sayang untuk anak dan	terhadap anak dan istri.
		pasanganya. Seorang istri yang sedang	
		sakit karena hipertensi diurusi	
		kebutuhannya oleh suaminya Tn.H	
		mulai dari makan hingga berobat.	
30.	Fungsi Sosial	Keluarga mengontrol secara rutin	Keluarga membimbing perilaku anak
		perilaku social yang baik, bahkan	dengan menghormati orang tua dan
		hubungan antara keluarga dengan	anak tidak dibiarkan saja dalam
		tetangga sangat baik. Keluarga juga	bertindak.

		cukup aktif bermasyarakat dengan	
		mengikuti kegiatan yang ada dalam	
		masyarakat.	
31.	Fungsi Perawatan	Ny. E mengandalkan suami dan	Jika anaknya sakit atau keluarga
	Keluarga	anaknya untuk kelangsungan hidup	sudah terbiasa menggunakan fasilitas
		dan segala keputusan yang diambil	kesehatan dan berobat ke rumah
		seperti berobat kedokter. Saat dikaji	sakit. Khususnya bila istrinya sedang
		Ny. E selalu jarang meminum obat	sakit kepala karena hipertensi,
		yang diresepkan oleh dokter, dan juga	keluarga Tn S Tidak pernah
		NY.E tidak mengikutin posbindu.	menggunakan obat warung. Keluarga
		Tn S mengatakan sangat penting	
		untuk mengontrol Kesehatan nya ke	
			fasilitas kesehatan terdekat
	a) Kemampuan	Ny. E memiliki riwayat hipertensi sejak	Jika ada masalah, terutama jika sakit
	keluarga	usia nya 30 tahun. Ny. E mengetahui	hipertensi, keluarga sudah tidak panik.
	mengenal	memiliki Hipertensi saat di periksa ke	Ny N sudah patuh minum obat dan
	masalah	klinik terdekat karena mengeluh pusing	control setiap bulan ke klinik
	kesehatan	nyeri tungkak dan kadang-kadang	edleweis.
		penglihatan buram. Ny. E sering	
		mengkonsumsi makanan yang	
		mengandung garam berlebih sehingga	
		mengakbatkan hipertensi. Saat	
		mengetahui hal itu Ny. E enggan di	

bawa ke dokter dan memeriksa tekanan darah nya dengan alasan takut. Kemudian Ny E enggan mengikuti posbinu dan mengonsumsi obat antihipertensi. dilakukan Saat pengkajian TD: 180/100 Nadi 100 x/menit, Respirasi 22 x/menit, BB: 90 Kg, TB: 160 cm. Saat Ny. E sakit biasanya suami dan Tn. memeriksakan b) Kemampuan sering keluarga anaknya untuk merawat Ny. E. Dan kondisinya itu ke askes kesehatan untuk sumi dan Anaknya suka merawat Ny. E terdekat, karena tuan S tau akan mulai dari makan hingga berobat dan bahaya penyakit yang di deritanya. mengambil keputusan selalu mengingatkan untuk selalu Dan apabila Tn. S sakit biasanya merawat minum obat. keluarga berunding untuk membawa Tn ke fasilitas kesehatan terdekat. Tn. H sering mengingatkan agar Ny.E Keluarga selalu mengingatkan Tn. S c) Kemampuan tetap semangat menjalankan aktifitas untuk berolahraga yaitu senam 30 keluarga yang dilakukan nya setiap hari, Menit sehari dan berjemur merawat serta anggota Selain itu Tn.H sering mengingatkan menjaga pola makan agar tidak makan keluarga yang agar Ny E mengatur pola makannya makanan sembarangan. Dan apabila sakit agar lebih sehat akan tetapi sewaktu-Tn S sakit keluarga sesegara mungkin waktu Ny E menolak dan ingin mambawa Tn S ke pasilitas kesehatan memakan maakanan terdekat. yang

	menyebabkan hipertensi. Begitunpun	
	Tn H selalu mengingatan Ny E apabila	
	terasa pusing untuk segera membawa	
	Ny E ke pasilitas kesehatan terdekat	
	akantetapi terkadang Ny E enggan	
	untuk dibawa berobat.	
d) Kemampuan	Keluarga Ny. E belum terlalu mampu	Dari hasil observasi terhadap
keluarga	meningkatan lingkungan yang baik,	lingkungan rumah Tn. S lantai rumah
memodifikasi	terlihat dari rumahnya yang tampak	tampak bersih hal ini terlihat tidak
lingkungan	kotor dan pencahayaan yang agak	nampak kotor pada lantai, ventilasi
	gelap.	cukup, pencahayaan kurang, dan
		memiliki wc yang bersatu dengan
		kamar mandi.
e) Kemampuan	Keluarga Ny. E belum terlalu mampu	Apabila penyakit Tn. S dirasa semakin
keluarga	meningkatan lingkungan yang baik,	memburuk Tn.S sering dibawa ke
untuk	terlihat dari rumahnya yang tampak	rumah sakit terdekat agar pengobatan
memanfaatkan	kotor dan pencahayaan yang agak	lebih maksimal. Tn. S sangat sering
fasilitas	gelap.	memeriksakan ke puskesmas karena
kesehatan		Tn S sadar akan bahaya nya panyakit
yang ada		yang beliau derita.
Fungsi Reproduksi	Fungsi reproduksi Ny.E sudah	Fungsi reproduksi Tn.S sudah
	menurun dikarenakan akibat dari faktor	menurun dikarenakan akibat dari
	usia	faktor usia
	keluarga memodifikasi lingkungan e) Kemampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada	Tn H selalu mengingatan Ny E apabila terasa pusing untuk segera membawa Ny E ke pasilitas kesehatan terdekat akantetapi terkadang Ny E enggan untuk dibawa berobat. d) Kemampuan Keluarga Ny. E belum terlalu mampu meningkatan lingkungan yang baik, terlihat dari rumahnya yang tampak kotor dan pencahayaan yang agak gelap. e) Kemampuan Keluarga Ny. E belum terlalu mampu meningkatan lingkungan yang agak gelap. e) Kemampuan Keluarga Ny. E belum terlalu mampu meningkatan lingkungan yang agak gelap. fasilitas gelap. kesehatan yang ada Fungsi Reproduksi Fungsi reproduksi Ny.E sudah menurun dikarenakan akibat dari faktor

33.	Fungsi Ekonomi	Ny. E dinafkahi dan di nafkahi oleh Tn. Tn. S bekerja sebagai pengajar tk/tpq
		H suaminya yang sudah bekerja dan Tn S berperan sebagai tulang
		sebagai perangkat desa didaerah punggung keluarga.
		tersebut.
		tersebut.

Stressor dan Koping Keluarga

	Keluarga 1	Keluarga 2	
Stresor jangka	Penyakit hipertensi yang diderita Ny. E	Menurut Tn S peningkatan tekanan	
pendek	merupakan masalah yang harus terus di	darah yang di alami oleh nya dan istri	
	tangani secara konsisten karena apabila	harus segera ditangani agar tidak	
	lepas obat tekanan darahnya akan cepat	menjadi masalah yang serius. Kadang	
	naik kembali. Penyakit itu yang	penyakit itu membuat cemas karena	
	membuat keluarga selalu cemas.	beliau belum pernah mengalami	
	Terlebih pada saat Ny. E mengeluh	peningkatan tekanan darah	
	pusing dan nyeri pada tengkuk hal itu	sebelumnya.	
	membuat cemas anggota keluarganya.		
	Dan pada saat Ny. E merasakan keluhan		
	itu biasaya Ny. E jarang meminum obat		
	amlodipine 10mg atau obat anti		
	hipertensi lainnya.		
Kemampuan	Jika ada masalah, terutama jika sakit	Jika ada masalah, terutama jika sakit	
Keluarga	hipertensi Ny. E kambuh, terkadang	hipertensi, keluarga sudah tidak	
Berespon terhadap	membuat keluarganya khawatir dan	panik. Tn S sudah patuh minum obat	
Masalah	cemas, dan biasanya keluarga		
	pendek Kemampuan Keluarga Berespon terhadap	Stresor jangka Penyakit hipertensi yang diderita Ny. E merupakan masalah yang harus terus di tangani secara konsisten karena apabila lepas obat tekanan darahnya akan cepat naik kembali. Penyakit itu yang membuat keluarga selalu cemas. Terlebih pada saat Ny. E mengeluh pusing dan nyeri pada tengkuk hal itu membuat cemas anggota keluarganya. Dan pada saat Ny. E merasakan keluhan itu biasaya Ny. E jarang meminum obat amlodipine 10mg atau obat anti hipertensi lainnya. Kemampuan Keluarga Berespon terhadap membuat keluarganya khawatir dan	

		menangani hal tersebut dengan	dan control setiap bulan ke klinik
		membawa nya ke klinik terdekat.	edleweis
36.	Strategi Koping	Koping yang digunakan untuk	Koping yang digunakan Tn. S mampu
	yang Digunakan	memecahkan masalah sudah baik	memecahkan sendiri permasalahan
		dimana keluarga mampu memecahkan	yang ada dan dapat mengatasinya,
		masalah dengan sendiri, hal ini ditandai	
		dengan selalu berespon cepat dengan	
		membawa ke rumah sakit saat Ny. E atau	
		anggota keluaga lainnya sakit.	
37.	Strategi Adaptasi	Pada keluarga Ny. E tidak ditemukan	Pada keluarga Tn. S tidak ditemukan
	Disfungsi	adanya adaptasi yang disfungsional.	adanya adaptasi yang disfungsional.

f. Harapan Keluarga terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga

Keluarga 1	Keluarga 2
Pada keluarga Ny E berharap agar	Keluarga Tn. S berharap agar
penyakit yang diderita oleh Ny E bisa	penyakit yang diderita oleh Tn S bisa
sembuh dan kembali sehat seperti	sembuh dan kembali sehat seperti
sebelumnya	sebelumnya

g. Data Tambahan

Kebutuhan Biologi Keluarga Pasien 1 (Ny. E)

No	Komponen	Ny. E

1.	Nutrisi	Nutrisi tercukupi dengan baik dalam
		keadaan sehat maupun sakit.
2.	Eliminasi	BAK dan BAB normal, tidak terdapat
		masalah kesehatan saat sehat ataupun
		sakit, dan saat ini dalam keadaan sehat.
3.	Tidur dan Istirahat	Tidur dan istirahat cukup, terkadang suka
		terbangun tengah malam
4.	Aktifitas Sehari-hari	Ny. E lebih banyak mengahabiskan waktu
		didalam rumah dan menjalankan ibadah.

Kebutuhan Biologi Keluarga Pasien 2 (Tn.S)

No	Komponen	Tn.S	Ny. N	Ny. N
1.	Nutrisi	Nutrisi tercukupi	Nutrisi tercukupi	Nutrisi tercukupi
		dengan baik	dengan baik dalam	dengan baik
		dalam keadaan	keadaan sehat	dalam keadaan
		sehat maupun	maupun sakit.	sehat maupun
		sakit.		sakit.
2.	Eliminasi	BAK dan BAB	BAK dan BAB	BAK dan BAB
		normal, tidak	normal, tidak	normal, tidak
		terdapat masalah	terdapat masalah	terdapat masalah
		kesehatan saat	kesehatan saat	kesehatan saat
		sehat ataupun	sehat ataupun sakit,	sehat ataupun
		sakit, dan saat ini		sakit, dan saat ini

		dalam keadaan	dan saat ini dalam	dalam keadaan
		sehat.	keadaan sehat.	sehat.
3.	Tidur dan	Tidur dan istirahat	Tidur dan istirahat	Tidur dan istirahat
	Istirahat	cukup, terkadang	cukup dan	cukup dan
		suka terbangun	terkontrol	terkontrol
		tengah malam		
4.	Aktifitas	Tn. S beraktifitas	Mengurus	Aktifitas sehari-
	Sehari-	sebagai guru dan	kebutuhan tumah	hari sebagai
	hari	menjalankan	tangga,	pelajar
		ibadah	menjalankan	
			ibadah	

h. Pemeriksaan Fisik Keluarga

Pemeriksaan Fisik kepada keluarga pasien 1 (Ny. E)

No	Komponen	Ny. E
1	Kepala	Rambut Panjang, hitam beruban bersih tidak ada
		kelainan, tdak
		ada keluhan gatal, ketobe (-)
2	Mata	Seklera tidak ikterus, konjungtiva tidak anemis,
		visus normal.
		Klien mengeluh penglihatannya kadang-kadang suka
		buram.
3	Telinga	Bersih tidak ada serumen dan tidak ada luka fungsi
		pendengaran
		Kurang baik

4	Hidung	Bersih tidak ada sekret, tidak ada kelainan.	
5	Mulut	Gigi berwarna putih, Stomatitis (-), nyeri (-), bersih,	
		karies (-)	
6	Leher dan	Merasa pegal dileher (+), pembesaran kelenjar limfe	
	Tenggorokan	dan Tiroid (-), kesulitan menelan (-)	
7	Dada dan paru	Pergerakan dada simetris, ronchi (-), weezing (-),	
		penggunaan otot	
		bantu pernafasan (-), Batuk (-), keluhan sesak (-)	
8	Jantung	Bunyi jantung 1 dan 2 murni, tidak ditemukan suara	
		murmur.	
		Irama regular	
9	Abdomen	Bising usus 10 x/ menit, tidak ada nyeri tekan, tumor (-	
).	
10	Extremitas	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, fungsi pergerakan	
		baik. Terkadang terdapat nyeri di area lutut, ketika	
		bangun tidur pun merasakan nyeri, nyeri bertambah	
		ketika klien beraktivitas, berkurang ketika klien	
		beristirahat dan meminum obat, nyeri yang dirasakan	
		seperti ditusuk-tusuk dan merasakan seperti	
		kesemutan, nyerinya pun menjalar skala nyeri klien 4	
		(0-10), nyeri yang dirasakan hilang timbul.	
11	Kulit	Bersih, tidak ada bekas luka, tidak ada jamur dan	
		luka infeksi,	
		turgor < 2 detik, kulit kering	
12	Kuku	Pendek dan bersih, sianosis (-), CRV baik	
13	BB	90 Kg	
14	ТВ	160 cm	
15	IMT	35,1	
15	Tanda Vital	TD. 180/100 mmHg, N. 100 x/mnt, RR 22 x/mnt.	
16	Kesimpulan	Saat dikaji klien mengeluh pusing, sedikit nyeri tengkuk	

dan nyeri lutut.			dan nyeri lutut.
------------------	--	--	------------------

Pemeriksaan Fisik kepada keluarga pasien 2 (Tn. S)

No	Komponen	Tn. S	Ny. N	Nn R
1	17 1	D 1 4 11	D. I. (D.)	D 1 (11
1	Kepala	Rambut pendek,	Rambut Panjang,	Rambut pendek,
		hitam bersih	hitam bersih tidak	hitam bersih
		tidak ada	ada kelainan, tdak	distribusi baik,
		kelainan, tdak	ada keluhan gatal,	tidak ada
		ada keluhan	ketobe (-)	kelainan,
		gatal.		
2	Mata	Seklera tidak	Seklera tidak	Seklera tidak
		ikterus,	ikterus,	ikterus,
		konjungtiva	konjungtiva tidak	konjungtiva
		tidak anemis,	anemis, visus	tidak anemis,
		memakai	normal.	visus normal.
		kacamata		
		karena plus		
3	Telinga	Bersih tidak ada	Bersih tidak ada	Bersih tidak ada
		serumen dan	serumen dan tidak	serumen dan
		tidak ada luka,	ada luka fungsi	tidak ada luka
		fungsi	pendengaran baik.	fungsi

		pendengaran		pendengaran
		baik.		baik.
4	Hidung	Bersih tidak ada	Bersih tidak ada	Bersih tidak ada
		sekret, tidak ada	sekret, tidak ada	sekret, tidak ada
		kelainan.	kelainan.	kelainan.
5	Mulut	Stomatitis (-),	Gigi berwarna	Gigi berwarna
		nyeri (-), bersih,	putih,Stomatitis (-	putih,
		karies (-),), nyeri (-), bersih,	Stomatitis (-),
		bagian dalam	karies (-),	nyeri (-), bersih,
		gigi berwarna		karies (-),
		coklat terdapat		
		bekas rokok,		
6	Leher dan	Nyeri (-),	Nyeri (-),	Nyeri (-),
	Tenggorokan	pembesaran	pembesaran	pembesaran
		kelenjar limfe	kelenjar limfe dan	kelenjar limfe
		dan Tiroid (-),	Tiroid (-),	dan Tiroid (-),
		kesulitan	kesulitan menelan	kesulitan
		menelan (-)	(-)	menelan (-),
7	Dada dan paru	Pergerakan dada	Pergerakan dada	Pergerakan
		simetris, ronchi	simetris, ronchi (-	dada simetris, ,
		(-), weeaing (-),), weeaing (-),	weezing (+),
		penggunaan otot	penggunaan otot	penggunaan

		bantu	bantu pernafasan	otot bantu
		pernafasan (-),	(-), Batuk (-),	pernafasan (+),
		Batuk (-),	keluhan sesak (-)	Batuk (+),
		keluhan sesak (-		keluhan sesak
)		(+), Ronchi
				Kering (+)
8	Jantung	Bunyu jantung 1	Bunyu jantung 1	Bunyu jantung
		dan 2 murni,	dan 2 murni, tidak	1 dan 2 murni,
		tidak ditemukan	ditemukan suara	tidak ditemukan
		suara murmur.	murmur. Irama	suara murmur.
		Irama reguler	regular	Irama reguler,
				cepat.
9	Abdomen	Bising usus 11	Bising usus 12 x/	Bising usus 10
		x/ menit, tidak	menit, tidak ada	x/ menit, tidak
		ada nyeri tekan,	nyeri tekan, tumor	ada nyeri tekan,
		tumor (-).	(-).	tumor (-).
10	Extremitas	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
		kelainan, tidak	kelainan, tidak ada	kelainan, tidak
		ada luka, fungsi	luka, fungsi	ada luka, fungsi
		pergerakan baik.	pergerakan baik.	pergerakan
				baik.

11	Kulit	Bersih,tidak ada	Bersih, tidak ada	Bersih, tidak
		jamur dan luka	bekas luka, tidak	ada bekas luka,
		infeksi, turgor <	ada jamur dan luka	tidak ada jamur
		2 detik	infeksi, turgor < 2	dan luka infeksi,
			detik	turgor < 2 detik
12	Kuku	Pendek dan	Pendek dan bersih,	Pendek dan
		bersih, sianosis	sianosis (-), CRT	bersih, sianosis
		(-), CRT baik	baik	(-), CRT baik
13	BB	64 Kg	51 Kg	49 Kg
14	ТВ	162 cm	159 cm	158 cm
15	Tanda Vital	TD. 157/87	TD. 144/82 mmhg,	TD. 121/76
		mmhg, N. 68	N. 72 x/mnt, R, 16	mmhg, N. 74
		x/mnt, R, 18	x/mnt, S. 37,2 °C	x/mnt, R, 16
		x/mnt, S. 37 °C		x/mnt, S. 37,2
				°C
16	Kesimpulan	Saat dikaji	Saat dikaji dalam	Saat dikaji
		dalam keadaan	keadaan sehat	dalam keadaan
		sehat tetapi	tetapi terdapat	sehat
		terdapat	peningkatan	
		peningkatan	tekanan darah	
		tekanan darah		
			tekanan daran	

2. Analisa Data

Analisa Data keluarga 1 (Ny. E)

No		Data Umum	Masalah
1.	DS	:	Nyeri Kronis
	-	Klien mengeluh pusing dan	
		nyeri tengkuk.	
	-	Klien mengeluh	
		penglihatannya kadang-	
		kadangsuka buram	
	-	Klien mengatakan terdapat	
		nyeri di area lutut, ketika	
		bangun tidur pun merasakan	
		nyeri	
	-	Nyeri bertambah ketika klien	
		beraktivitas, berkurang	
		ketika klien beristirahat dan	
		meminum obat	
	-	Nyeri dirasakan lebih dari 6	
		bulan	
	-	Nyeri yang dirasakan seperti	
		ditusuk-tusuk dan merasakan	
		seperti kesemutan	

Nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO: Klien tampak meringis dan memegang tengkuknya. Skala nyeri klien 4 (0-10) TD 180/100 RR 22 N 100 2 DS: Manejemen Kesehatan Tidak Efektif Pasien mengatakan tidak mau dibawa ke fasilitas kesehatn untuk melakukan pemeriksaan Pasien enggan mengikuti posbindu Pasien tidak mau mengonsumsi obat antihipertensi DO: Gagal melakuakan tindakan untuk mengurangi faktor resiko

	-	Gagal menerapkan program	
		perawatan/pengobatan	
	-	Aktivitas hidup sehari hari	
		tidak efektif untuk	
		memenuhi tujuan	
		Kesehatan	
3	DS:		Defisit Pengetahuan
	-	Pasien tidak mengetahui	
		mengenai hipertensi	
	-	Pasien tidak mengetahui	
		tentang pencegahan	
		hipertensi	
	-	Pasien tidak mengetahu	
		tentang pengobatan	
		hipertensi	
	DO:		
	-	Menunjukan perilaku tidak	
		sesuai anjuran	
	-	Menunjikan presepsi yang	
		keliru terhadap masalah	

Analisa data keluarga 2 (Tn. S)

No	Data Umum	Masalah
1.	DS:	Resiko perfusi serebral tidak
	Menurut Tn S peningkatan tekanan	efektif
	darah yang di alami oleh nya dan istri	
	harus segera ditangani agar tidak	
	menjadi masalah yang serius	
	DO:	
	- TD. 157/87 mmhg,	
	- N 68 x/mnt,	
	- R 18 x/mnt, S. 37 °C	
2.	DS:	Kesiapan Peningkatan
	Kadang penyakit itu membuat cemas	Manajemen Kesehatan Keluarga.
	karena beliau belum pernah	pada Tn.S
	mengalami peningkatan tekanan	
	darah sebelumnya	
	DO:	
	- Pasien Nampak menerima	
	informasi Ketika di edukasi	
	untuk control ke fasilitas	
	Kesehatan	

Skoring menentuka n Diagnosa Keperawatan Prioritas keluarga 1 (Ny. E)

1. Nyeri Kronis

No	Kriteria	Bobot	Skor	Nilai	Pembenaran
1.	Sifat Masalah :	1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah aktual karena Ny. E
	Aktual				sering merasakan pusing, nyeri
					tengkuk dan nyeri di area
					kakinya, perlu tindakan
					keperawatan dan medis.
2.	Kemungkinan	2	1	1/2 x 2= 1	Masalah belum berat tetapi
	masalah dapat				terkadang penyakit penyakit
	diubah :				itu menyarang belum
	Sebagian				diketahui penyebabnya.
	Potensi untuk	1	3	3/3 x 1= 1	Masalah belum berat tetapi
	dicegah:				terkadang penyakit penyakit
	Tinggi				itu menyarang belum
					diketahui penyebabnya.
	Menonjolnya	1	2	2/3 x	Keluarga menyadari penyakit
	masalah:			1=2/3	ini penting untuk diatasi karena
	Segera diatasi				mengganggu, dan dapat
					mengakibatkan gangguan
					penyakit lebih berat.
	Jumlah		1	3 2/3	1

2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif

No	Kriteria	Bobot	Skor	Nilai	Pembenaran
1.	Sifat Masalah :	1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah promosi
	Aktual				kesehatan karena Keluarga

					Ny E perlu mendapatkan
					edukasi tentang pentingnya
					memanfaatkan fasilitas
					kesehatan yang masih
					terjangkau oleh ekonomi
					pasien
2.	Kemungkinan	2	2	2/2 x 2= 2	Masalah cukup mudah
	masalah dapat				untuk diatasi karena Ny. E
	diubah : Sebagian				hanya perlu edukasi yang
					tepat terkait penanganan
					penyakit yang dia derita.
	Potensi untuk	1	1	1/3 x 1=	Masalah belum terlalu
	dicegah : Cukup			1/3	berat, namun dapat diatasi
					dengan pemberian
					motivasi kepada pasien dan
					keluarga, serta dukungan
					keluarga, serta dukungan emosional pasien dan
	Menonjolnya	1	0	0/2 x 1= 0	emosional pasien dan
	Menonjolnya masalah:	1	0	0/2 x 1= 0	emosional pasien dan keluarga baik.
		1	0	0/2 x 1= 0	emosional pasien dan keluarga baik. Keluarga Ny E menyadari
	masalah:	1	0	0/2 x 1= 0	emosional pasien dan keluarga baik. Keluarga Ny E menyadari bahwa penyakit ini penting

Jumlah	3 1/3	
		penyakit lebih berat.
		mengakibatkan gangguan

3. Defisit Pengetahuan

No	Kriteria	Bobot	Skor	Nilai	Pembenaran
1.	Sifat Masalah :	1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah promosi kesehatan
	Aktual				karena Keluarga Ny E
					termasuk perlu
					mendapatkan edukasi
					tentang pentingnya
					memanfaatkan fasilitas
					kesehatan yang masih
					terjangkau oleh ekonomi
					pasien
2.	Kemungkinan	2	1	1/2 x 2= 1	Masalah sangat mungkin
	masalah dapat				diatasi karena pasien hanya
	diubah :				memerlukan edukasi yang
	Mudah				tepat sehingga menimbulkan
					rasa kepedulian pasien
					terhadap penyakit nya.

Potensi	untuk	1	2	2/3 x 1=	Masalah belum terlalu berat,	
dicegal	ı:			2/3	namun dapat diatasi dengan	
Rendah	l				pemberian motivasi kepada	
					pasien dan keluarga, serta	
					dukungan emosional pasien	
					dan keluarga baik.	
Menon	jolnya	1	1	1/2 x	Keluarga Ny E menyadari	
masala	n:			1=1/2	bahwa penyakit ini penting	
Tidak p	erlu				untuk diatasi karena	
segera					mengganggu dan dapat	
					mengakibatkan gangguan	
					penyakit lebih berat.	
Jumlal	1			3 1/6		

Skoring menentukan Diagnosa Keperawatan Prioritas keluarga 2 (Tn. S)

Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

No	Kriteria	Bobot	Skor	Nilai	Pembenaran
1	Sifat masalah :	1	3	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah aktual karena
	actual				sudah menyerang Tn S
					perlu tindakan
					keperawatan dan medis,
					akan berdampak pada
					gangguan pernafasan
					yang lebih berat.
2	Kemungkinan	2	1	$1/2 \times 2 = 1$	Sumber daya keluarga
	masalah dapat				ada, dana, kendaraan ada
	diubah :				keluarga yang lain
	Sebagian				mendukung.
3	Potensi untuk	1	2	$2/3 \times 1 = 2/3$	Penyakit dapat dicegah
	dicegah				dengan mengetahui faktor
	:Cukup				pencetus terjadinya asma.
4	Menonjolnya	1	2	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga menyadari
	masalah :				penyakit ini penting untuk
	segera				diatasi karena
	ditangani				mengganggu, dan dapat

		mengakibatkan gangguan
		penyakit lebih berat.
Jumlah	3 2/3	

Masalah Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan Keluarga

No	Kriteria	Bobot	Skor	Nilai	Pembenaran
1	Sifat masalah : Promosi Kesehatan/Potensial	1	1	1/3 X 1 = 1/3	Masalah aktual karena terjadi pada Ny P. perlu mendapatkan tindakan keperawatan.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : sebagian	2	1	1/2 X 2 = 1	Sumberdaya keluarga (pendidikan), dana ada, dukungan keluarga ada, tenaga kesehatan tersedia.

					Masalah	belum
3			2		terlalu	berat,
	Potensi untuk				namun	dapat
	dicegah : Mudah	1		$2/3 \times 1 = 2/3$	diatasi	dengan
					pemberia	n
					motivasi	dan
					percaya d	iri.
	Menonjolnya				Keluarga	Ny P,
4	masalah : ingin	1	0	0/2 X 1 = 0	tidak mei	rasakan
	segera diatasi				masalah te	ersebut
Jumla	ıh	I	2 1/6		l	

3. Diagnosa Keperawatan Berdasrakan prioritas

No	keluarga 1	Keluarga 2
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan	Resiko perfusi serebral tidak efektif
	agen cedera biologis d.d Klien	ditandai dengan hipertensi
	mengeluh pusing,penglihatan	
	buram, nyeri tengkuk dan nyeri	
	lutut	
2.	Manajemen Kesehatan tidak efektif	Kesiapan Peningkatan Manajemen
	berhubungan dengan Konflik	Kesehatan berhubungan dengan
	pengmabilan keputusan.	adanya keinginan untuk mengelola
		masalah Kesehatan
3	Defisit pengetahuan berhubungan	
	dengan ketidaktahuan menemukan	
	sumber informasi	

1. Intervensi Keperawatan

INTERVENI KEPERAWATAN KEPADA KELUARGA 1 (NY E)

					Intervensi		
No	Diagnosa keperawata n	Tujuan	Utama/pe ndukung	Observasi Terapeutik		Edukasi	Kolaborasi
1	Nyeri kronis	Setelah dilakukan	Manajemen	Identifikasi	Berikan	• Jelaskan	Rujuk ke
	b.d agen	tindakan keperawatan	nyeri	lokasi,	Teknik	penyebab,	fasilitas
	cedera	dan kunjungan		karakteristik,	nonfarmakologis	periode, dan	Kesehatan
	biologis d.d	selama 7 kali dalam		durasi,	untuk mengurangi	pemicu nyeri	untuk
	Klien	seminggu diharpakan		frekuensi,	nyeri	• Jelaskan strategi	dilakuakn
	mengeluh	keluhan nyeri dan		kualitas,	(rendam kaki	meredakan nyeri	pemeriksaan
	pusing,pengli	tekana darah klien		intensitas	menggunakan air	• Anjurkan	lebih lanjut
		memabaik dengan		nyeri	hangat garam)	memonitor nyeri	

cara mandiri		Kontrol	•	Identifikasi	•	riteria hasil :	kr	atan buram	hata
laskan tujuan	•	lingkungan		skalanyeri		. Skala nyeri	1.	yeri tengkuk	nye
n prosedur		yang		Idenfitikasi	•	berkurang menjadi		an nyeri	dan
ndam kaki aiı		memperberat rasa	ri	respon nyeri		2 (0-10)		itut	lutu
ngat		nyeri (mis: suhu		nonverbal		. Wajah klien	2.		
njurkan	•	ruangan,		Identifikasi	•	tampak rileks			
elakukan		pencahayaan,		faktor					
redaman		kebisingan)		yang					
lama 1x sehari		Fasilitasi istirahat	ıt	memperberat					
gi dan sore		dan tidur		dan					
lama 10-15									
enit dengan									
enggunakan air									
ngat									
njurkan elakukan eredaman lama 1x sehari egi dan sore lama 10-15 enit dengan enggunakan air	•	ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat	•	Identifikasi faktor yang memperberat	•	•	2.		

2	Manajemen	Setelah dilakukan	Dukungan	 Identifikasi 	Diskusikan	Berikan informasi	•	Kolaborasi
	Kesehatan	tindakan keperawatan	Pengambilan	persepsi	kelebihan dan	yang diminta		dengan
	tidak efektif	dan kunjungan selama	Keputusan	mengenal	kekurangan dari	pasien		tenaga
	berhubungan	3 kali dalam seminggu		masalah dan	setiap solusi			kesehatan
	dengan	diharpakan menjemen		informasi	• Hormati hak			lain dalam
	Konflik	kesehatan pasien		yang memicu	pasien untuk			memfasilitasi
	pengmabilan	memabaik dengan		konflik	memenerima dan			pengambilan
	keputusan.	kriteria hasil:			menolak			keputusan.
		 Melakukan 			informasi			
		tindakan untuk			Fasilitasi			
		mengurangi faktor			menjelaskan			
		risiko meningkat			keputusan			
		 Menerapkan 			kepada orang lain			
		program			• Fasilitasi			

		keperawatan			hubungan antara		
		meningkat			pasien, keluarga,		
		 Verbalisasi 			dan tenaga		
		kesulitan dalam			kesehatan		
		menjalani program			lainnya.		
		perawatan/pengoba					
		tan membaik.					
3	Defisit	Setelah dilakukan	Edukasi	Identifikasi	Sediakan materi	•Jelaskan faktor	
	pengetahuan	tindakan keperawatan	Kesehatan	kesiapan dan	dan media	risiko yang	
	berhubungan	dan kunjungan		kemampuan	pendidikan	dapat	
	dengan	selama 7 kali dalam		menerima	kesehatan	mempengaruhi	
	ketidak tahuan	seminggu diharpakan		informasi	• Jadwal	kesehatan	
	menemukan	keluhan nyeri dan			pendidikan		
	sumber	tekana darah klien			sehatan sesuai		

ormasi	memabaik dengan		kesepakatan	
	kriteria hasil:		Berikan	
	Pertanyaan		kesempatan	
	tentang masalah		pasien untuk	
	yang dihadapi		bertanya	
	menurun			
	• Persepsi yang			
	keliru terhadap			
	masalah menurun			
	Menjalani			
	pemeriksaan yang			
	tidak tepat			
	membaik			
C		kriteria hasil: Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	kriteria hasil: Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	kriteria hasil: Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

INTERVENSI KEPERAWATAN KEPADA KELUARGA 2 (TN. S)

NO	DIAGNOSA	TUJUAN			INTERVENSI		
NO	DIAGNOSA	TOJUAN	Utama	Observasi	Teurapetik	Edukasi	Kolaborasi
	Resiko	- Setelah dilakukan	Terapi	• Monitor	• Atur posisi	• Jelaskan	• Rujuk ke
	perfusi	tindakan	rendam kaki	tekanan	pasien	tujuan dan	fasilitas
	serebral tidak	keperawatan dan	air hangat	darah	duduk	prosedur	Kesehatan
	efektif d.d	kunjungan selama 7	menggunakan	sistolik	• Siapkan air	rendam kaki	untuk
	hipertensi	kali dalam	garan	• Monitor	hangat	air hangat	dilakuakn
		seminggu		tekanan	campur	garam	pemeriksaan
		diharpakan keluhan		diastolic	garam	 Anjurkan 	lebih lanjut
		tekanan darah klien			sekitar 40	melakukan	
		memabaik dengan			derajat	peredaman	
		kriteria hasil:				selama 1x	
						sehari pagi	

		- Tekanan darah			• Rendam	dan sore	
		sistolik membaik			kaki selama	selama 10-15	
		- Tekanan darah			10-15 menit	menit dengan	
		diastolic membaik			• Gerakan	menggunakan	
					kaki selama	air hangat	
					melakukan		
					peremdaman		
2	Kesiapan	Setelah dilakukan	Edukasi	• Identifikasi		- edukasi	
	Peningkatan	tindakan keperawatan	penyakit	kesiapan		tentang	
	manajemen	selama 3x10 menit		penerimaan		pengertian	
	Kesehatan Tn	diharapkan kesiapan		informasi		hipertensi	
	S	peningkatan				- edukasi	
		manajemen Kesehatan				tentang	
		membaik					

			penyebab
			hipertensi
			- edukasi
			tentang
			pencegahan
			hipertensi
			- Edukasi
			diet
			hipertensi
			- Edukasi
			tentang
			komplikasi
			hipertensi
	1		

		- edukasi tanda	
		dan gejala	

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN KEPADA PASIEN 1 (Ny E)

	DX	Tanggal dan Jam	Implementasi Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri kronis	Sabtu , 11 Mei	1. Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien Nyeri Kronis	Act
2.	Menejemen	2024	R: TD: 180/100 mmHg, N: 100x/menit, RR S:	8
	kesehatan	(14.00 WIB)	: 22 x/menit, S : 35,90C - Ny E mengatakan senang karena walau	
	tidak efektif		2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, sedikit sedikit sekarang tekanan	
3.	Defisit		durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri darahnya turun.	
	pengetahuan		R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri - TN. H mengtakan akan mendaftarkan	
			dibagian lutut pasien, penglihatan buram, nyeri istrinya untuk mengikuti posbindu	
			tungkak, Sekala 4 dan akan memnum obat anti	
			3. Berikan Teknik non farmakologis hipertensi.	
			untuk mengurangi nyeri (rendam - Ny. E sudah mulai mengaplikasikan	
			kaki menggunakan air hangat garam)	

	·
R : Pasien mengatakan mau mengikuti apa	rendam kaki menggunakan air hangat
yang dianjurkan perawat	garam
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	O:
air hangat garam	- TD : 170/95 mmHg S : 35,9 ^o C
R : Pasien mengatakan dirinya paham	- Nyeri di lutut berkurang
5. Menjelaskan prosedur melakukan peredaman	- Sekala 3
kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari	
selama 10-15 menit dengan menggunakan air	A: masalah belum teratasi
hangat	P: intervensi di lanjutkan
R: pasien mau melakukan prosedur apa yang	
di jelaskan perawat	Mejemen kesehatan tidak efektif
6. mengidentifikasi persepsi mengenal masalah	S :
dan informasi yang memicu konflik	
	yang dianjurkan perawat 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki air hangat garam R: Pasien mengatakan dirinya paham 5. Menjelaskan prosedur melakukan peredaman kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari selama 10-15 menit dengan menggunakan air hangat R: pasien mau melakukan prosedur apa yang di jelaskan perawat 6. mengidentifikasi persepsi mengenal masalah

R: pasien mengatakan alasan tidak mau - Pasien mengatakan tidak mau dibawa
minum obat. ke fasilitas kesehatan untuk
7. Mendiskusikan terhadap solusi yang di ambil melakukan pemeriksaan
oleh pasien - Pasien siap mengikuti posbindu
R: pasien memahi penjelasan yang dijelaskan - Pasien tidak mau mengonsumsi obat
perawat antihipertensi
8. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan O:
menerima informasi - Pasien mau melakuakan tindakan
R: pasien siap menerima informasi terkait untuk mengurangi faktor resiko
kedaan pasein - Pasien bisa menerapkan program
9. menyediakan materi dan media pendidikan perawatan/pengobatan secara bertahap
kesehatan serta menjelasakan terakait - Aktivitas hidup sehari hari mulai
penyakit yang di alami pasein efektif untuk memenuhi tujuan
R: pasien memahami apa yang di sampaikan Kesehatan

1		
	perawat terkait bahaya dan bagaimana cara	A : masalah menejemen kesehatan belum
	untuk menangani penyakit yang di alami	teratasi
	pasien.	P: Lanjutkan intervensi
		Defisit Pengetahuan
		S :
		- Pasien mampu sedikit mengetahui
		mengenai hipertensi
		- Pasien mengetahui tentang
		pencegahan hipertensi
		- Pasien mengetahui tentang
		pengobatan hipertensi
		O :
		- Menunjukan perilaku sesuai anjuran
		A : masalah belum teratasi

					P: lanjutkan intervensi	
1.	Nyeri kronis	Senin, 13 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Nyeri Kronis	Act
2.	Menejemen	2024		R: TD: 175/90 mmHg, N: 95x/menit, RR:	S:	
	kesehatan	(14.00 WIB)		22 x/menit, S: 36,5C	- Ny E mengatakan senang karena walau	
	tidak efektif		2.	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,	sedikit sedikit sekarang tekanan	
3.	Defisit			durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	darahnya turun.	
	pengetahuan			R : Pasien mengatakan masih ada sedikit nyeri	-TN. H mengtakan akan mendaftarkan	
				dibagian lutut pasien, penglihatan buram, nyeri	istrinya untuk mengikuti posbindu	
				tungkak, Sekala 3	dan akan meminum obat anti	
			3.	Berikan Teknik non farmakologis	hipertensi.	
				untuk mengurangi nyeri (rendam	No. E andah mulai managalikasiban	
				kaki menggunakan air hangat garam)	- Ny. E sudah mulai mengaplikasikan	
				R : Pasien mengatakan mau mengikuti apa	rendam kaki menggunakan air hangat	
				yang dianjurkan perawat	garam	

Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki 0: air hangat garam TD: $172/90 \text{ mmHg S}: 36,0^{\circ}\text{C}$ R: Pasien mengatakan dirinya paham Nyeri di lutut berkurang Menjelaskan prosedur melakukan peredaman Sekala 3 kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari A: masalah belum teratasi selama 10-15 menit dengan menggunakan air **P:** intervensi di lanjutkan hangat R: pasien mau melakukan prosedur apa yang Mejemen kesehatan tidak efektif di jelaskan perawat S:mengIdentifikasi persepsi mengenal masalah Pasien mengatakan t mau dibawa ke dan informasi yang memicu konflik fasilitas kesehatan untuk melakukan R: pasien sudah mengetahui cara untuk pemeriksaan menangani koflik pada dirinya sendiri. Pasien siap mengikuti posbindu

7.	Mendiskusikan terhadap solusi yang di ambil	-	Pasien mau mengonsumsi obat	
	oleh pasien		antihipertensi	
	R: pasien memahi penjelasan yang dijelaskan	O :		
	perawat	-	Pasien mau melakuakan tindakan	
8.	mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan		untuk mengurangi faktor resiko	
	menerima informasi	-	Pasien bisa menerapkan program	
	R: pasien siap menerima informasi terkait		perawatan/pengobatan secara bertahap	
	kedaan pasein	-	Aktivitas hidup sehari hari mulai	
9.	menyediakan materi dan media pendidikan		efektif untuk memenuhi tujuan	
	kesehatan serta menjelasakan terakait		Kesehatan	
	penyakit yang di alami pasein	A :	masalah menejemen kesehatan belum	
	R: pasien memahami apa yang di sampaikan	terata	si	
	perawat terkait bahaya dan bagaimana cara	P : La	njutkan intervensi	
	untuk menangani penyakit yang di alami	Defisi	it Pengetahuan	

pasien.	S:
	- Pasien mampu mengetahui mengenai
	hipertensi
	- Pasien mengetahui tentang
	pencegahan hipertensi akantetapi
	terkadang masih melanggarnya
	- Pasien mengetahui tentang
	pengobatan hipertensi
	O :
	- Menunjukan perilaku sesuai anjuran
	A : masalah belum teratasi
	P: lanjutkan intervensi

1.	Nyeri kronis	Selasa, 14 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Nyeri Kronis	Act
2.	Menejemen	2024		R: TD: 179/95 mmHg, N: 95x/menit, RR:	S:	8
	kesehatan	(14.00WIB)		20 x/menit, S: 36.00 C	- Ny E mengatakan senang karena walau	
	tidak efektif		2.	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,	sedikit sedikit sekarang tekanan	
3.	Defisit			durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	darahnya turun.	
	pengetahuan			R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri	-NY E mengtakan akan mendaftarkan	
				dibagian lutut pasien, penglihatan buram, nyeri	istrinya untuk mengikuti posbindu	
				tungkak, Sekala 2	dan akan meminum obat anti	
			3.	Berikan Teknik non farmakologis untuk	hipertensi.	
				mengurangi nyeri (rendam kaki menggunakan air hangat garam) R : Pasien mengatakan mau mengikuti apa yang dianjurkan perawat	- Ny. E sudah mulai mengaplikasikan rendam kaki menggunakan air hangat garam	

4.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	- TD : 170/90 mmHg S : 36,0°C
	air hangat garam	- Nyeri di lutut berkurang
	R : Pasien mengatakan dirinya paham	- Sekala 2
5.	Menjelaskan prosedur melakukan peredaman	A: masalah belum teratasi
	kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari	P: intervensi di lanjutkan
	selama 10-15 menit dengan menggunakan air	
	hangat	Mejemen kesehatan tidak efektif
	R: pasien mau melakukan prosedur apa yang	S :
	di jelaskan perawat	- Pasien mengatakan mau dibawa ke
6.	mengIdentifikasi persepsi mengenal masalah	fasilitas kesehatan untuk melakukan
	dan informasi yang memicu konflik	pemeriksaan
	R: pasien mengatakan alasan t mau minum	- Pasien siap mengikuti posbindu
	obat.	- Pasien mau mengonsumsi obat
		antihipertensi

7. Mendiskusikan terhadap solusi yang di ambil **O**: oleh pasien Pasien mau melakuakan tindakan R: pasien memahi penjelasan yang dijelaskan untuk mengurangi faktor resiko Pasien bisa menerapkan program perawat 8. mengIdentifikasi kesiapan dan kemampuan perawatan/pengobatan secara bertahap menerima informasi Aktivitas hidup sehari hari mulai R: pasien siap menerima informasi terkait efektif untuk memenuhi tujuan Kesehatan kedaan pasein 9. menyediakan materi dan media pendidikan A: masalah menejemen kesehatan teratasi **P**: intervensi dihentikan kesehatan serta menjelasakan terakait penyakit yang di alami pasein **Defisit Pengetahuan** R: pasien memahami apa yang di sampaikan perawat terkait bahaya dan bagaimana cara Pasien mampu mengetahui mengenai untuk menangani penyakit yang di alami hipertensi

		pasien.	 Pasien mengetahui tentang pencegahan hipertensi Pasien mengetahui tentang pengobatan hipertensi 	
			O: - Menunjukan perilaku sesuai anjuran	
			A : masalah teratasi	
			P: intervensi dihentikan	
1. Nyeri	Rabu, 15 Mei	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien		ret-
kronis	2024	R: TD: 160/100 mmHg, N: 90x/menit, RR:	Nyeri Kronis	8
	(14.00 WIB)	20 x/menit, S : 36,0 C	S:	
		2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,	- Ny E mengatakan senang karena walau	
		durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	sedikit sedikit sekarang tekanan	
			darahnya turun.	

R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri dibagian lutut pasien, penglihatan buram, nyeri tungkak, Sekala 3

Berikan Teknik non farmakologis untuk
 mengurangi nyeri (rendam kaki
 menggunakan air hangat garam)

R: Pasien mengatakan mau mengikuti apa yang dianjurkan perawat

4. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki air hangat garam

R : Pasien mengatakan dirinya paham

 Menjelaskan prosedur melakukan peredaman kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari -NY E mengtakan akan mendaftarkan istrinya untuk mengikuti posbindu dan akan meminum obat anti hipertensi.

- Ny. E sudah mulai mengaplikasikan rendam kaki menggunakan air hangat garam

0:

TD: $160/90 \text{ mmHg S}: 36,0^{\circ}\text{C}$

- Nyeri di lutut berkurang

Sekala 2

A: masalah belum teratasi

P: intervensi di lanjutkan

		hangat R: pasien mau melakukan prosedur apa yang	
		di jelaskan perawat.	
1. Nyeri	Kamis, 16 Mei	1. Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien Nyeri Kronis	Act
kronis	2024	R: TD: 165/90 mmHg, N: 96 x/menit, RR: S:	8
	(14.00 WIB)	20 x/menit, S: 36.0 C - Ny E mengatakan senang karena walau	
		2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, sedikit sekarang tekanan	
		durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri darahnya turun dan klien mengatakan	
		R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri pusing nya mulai hilang.	
		dibagian lutut pasien, penglihatan buram, nyeri - NY E mengtakan akan mendaftarkan	
		tungkak, Sekala 2 istrinya untuk mengikuti posbindu	
		dan akan meminum obat anti	
		hipertensi.	

3. Berikan Teknik non farmakologis untuk - Ny. E sudah mulai mengaplikasikan	
mengurangi nyeri (rendam kaki rendam kaki menggunakan air hangat	
menggunakan air hangat garam) garam	
 R : Pasien mengatakan mau mengikuti apa yang dianjurkan perawat G: Yang dianjurkan perawat Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki air hangat garam R : Pasien mengatakan dirinya paham Menjelaskan prosedur melakukan peredaman Menjelaskan prosedur melakukan peredaman Menjelaskan prosedur melakukan peredaman Menjelaskan prosedur melakukan peredaman P: intervensi di lanjutkan 	
selama 10-15 menit dengan menggunakan air hangat R: pasien mau melakukan prosedur apa yang di jelaskan perawat	

1. Nyeri	Jumat, 17 Mei	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien Nyeri Kronis	Ach
kronis	2024	R: TD: 160/90 mmHg, N: 97x/menit, RR: S:	8
	(14.00 WIB)	19 x/menit, S: 36,5 C - Ny E mengatakan senang karena walau 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, sedikit sekarang tekanan	
		durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri darahnya turun.	
		R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri - NY E mengtakan akan mendaftarkan	
		dibagian lutut pasien, penglihatan buram istrinya untuk mengikuti posbindu	
		berkurang mulai berkurang, nyeri tungkak dan akan meminum obat anti	
		berkurang, Sekala 2 hipertensi.	
		3. Berikan Teknik non farmakologis untuk - Ny. E sudah mulai mengaplikasikan mengurangi nyeri (rendam kaki	
		mengurangi nyeri (rendam kaki rendam kaki menggunakan air hangat menggunakan air hangat garam)	
		garam	

R: Pasien mengatakan mau mengikuti apa yang dianjurkan perawat 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki air hangat garam R: Pasien mengatakan dirinya paham 5. Menjelaskan prosedur melakukan peredaman kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari selama 10-15 menit dengan menggunakan air hangat R: pasien mau melakukan prosedur apa yang di jelaskan perawat	O: - TD: 159/90 mmHg S: 36,0°C - Nyeri di lutut berkurang - Sekala 2 A: masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan
di jelaskan perawat	

1. Nyeri	Sabtu, 18 Mei	1. Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien Nyeri Kronis	Act
kronis	2024	R: TD: 150/90 mmHg, N: 90x/menit, RR: S:	
	(14.00 WIB)	20 x/menit, S: 36,5C - Ny E mengatakan senang karena	a walau
		2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, sedikit sedikit sekarang t	tekanan
		durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri darahnya turun.	
		R : Pasien mengatakan ada sedikit nyeri lutut - NY E mengtakan akan mendaf	Tarkan
		sudah tidak ada, penglihatan sedikit buram. istrinya untuk mengikuti pos	
		3. Berikan Teknik non farmakologis untuk dan akan meminum obat	
		mengurangi nyeri (rendam kaki hipertensi.	
		menggunakan air hangat garam)	
		- Ny. E sudah mulai mengaplika R : Pasien mengatakan mau mengikuti apa	asikan
		rendam kaki menggunakan air l	hangat
		yang dianjurkan perawat garam	
		4. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	
		air hangat garam O:	

R : Pasien mengatakan dirinya paham	- TD: 145/90 mmHg S: 36,0°C	
5. Menjelaskan prosedur melakukan peredaman	- Nyeri di lutut berkurang	
kaki air hangat selama 1x sehari pagi hari	A: masalah teratasi	
selama 10-15 menit dengan menggunakan air	P: intervensi di hentikan.	
hangat		
R: pasien mau melakukan prosedur apa yang		
di jelaskan perawat		
6. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan		
informasi yang memicu konflik		
R: pasien mengatakan alasan tidak mau		
minum obat.		

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN KEPADA PASIEN 2 (Tn. S)

	DX	Tanggal dan		Implementasi	Evaluasi	Paraf
		Jam				
1.	Resiko perfusi	Sabtu , 11 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Act
	serebral tidak	2024		R: TD: 150/90 mmHg, N: 82x/menit, RR:	s :	8
	efektif d.d	(17.00 WIB)		20 x/menit, S: 36,5°C	Menurut Tn S peningkatan tekanan darah yang	
	hipertensi		2.	Mengatur posisi pasien duduk	di alami oleh nya dan istri harus segera	
2.	Kesiapan			R: pasien mengikuti arahan perawat	ditangani agar tidak menjadi masalah yang	
	Peningkatan		3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	serius	
	manajemen			air hangat menggunakan garam	O:	
	Kesehatan Tn			R: pasien memahami terkait prosedur rendam	- TD. 148/90 mmhg,	
	S			kaki air hangat garam	- N 80 x/mnt,	
					- R 18 x/mnt, S. 36 °C	
					A: masalah belum teretasi	

<u></u>			
	4.	Melakukan rendam kaki menggunakan air	P: lanjutkan intervensi
		hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam	
		sehari	Kesiapan Peningkatan Manajemen
		R: pasien melakukan rendam kaki air hangat	Kesehatan
		garam	S:
	5.	Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam	Kadang penyakit itu membuat cemas karena
		kaki air hangat garam	beliau belum pernah mengalami peningkatan
		R: pasien merasa lebih baik dan rileks	tekanan darah sebelumnya
	6.	Mengedukasi tentang pengertian hipertensi,	O:
		penyebab hipertensi, cara mencegah,	Pasien Nampak menerima informasi Ketika di
		komplikasi dan diet yang harus di konsumsi.	edukais untuk control ke fasilitas Kesehatan
		R: pasien memahami terkait edukasi yang di	A: masalah belum teratasi
		sampaikan perawat terkait hipertensi	P: intervensi di lanjutkan

1.	Resiko	Senin, 13 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Act
	perfusi	2024		R: TD: 145/90 mmHg, N: 90x/menit, RR:	S :	8
	serebral	(17.00 WIB)		20 x/menit, S: 36,5°C	Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa	
	tidak efektif		2.	Mengatur posisi pasien duduk	lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap	
	d.d			R: pasien mengikuti arahan perawat	tekanan darah nya	
	hipertensi		3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	O:	
2.	Kesiapan			air hangat menggunakan garam	- TD. 140/90 mmhg,	
	Peningkatan			R: pasien memahami terkait prosedur rendam	- N 90 x/mnt,	
	manajemen			kaki air hangat garam	- R 20 x/mnt, S. 36,5 °C	
	Kesehatan		4.	Melakukan rendam kaki menggunakan air	A: masalah belum teretasi	
	Tn s			hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam	P: lanjutkan intervensi	
				sehari		
				R: pasien melakukan rendam kaki air hangat	Kesiapan Peningkatan Manajemen	
				garam	Kesehatan	

		5.	Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam	S:	
			kaki air hangat garam	Pasien mengatakan sudah mengetahui	
			R: pasien merasa lebih baik dan rileks	bagaimana cara penangan hipetensi sehingga	
		6.	Mengedukasi tentang pengertian hipertensi,	pasien sudah tidak khawatir lagi	
			penyebab hipertensi, cara mencegah,	O:	
			komplikasi dan diet yang harus di konsumsi.	Pasien Nampak menerima informasi Ketika di	
			R: pasien memahami terkait edukasi yang di	edukasi untuk control ke fasilitas Kesehatan	
			sampaikan perawat terkait hipertensi	A: masalah teratasi	
				P: intervensi dihentikan	
1. Resiko	Selasa , 14 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	and i
perfusi	2024		R: TD: 145/90 mmHg, N: 90x/menit, RR:	S :	8
serebral tidak	(17.00WIB)		20 x/menit, S: 36,5°C		
		2.	Mengatur posisi pasien duduk		

efektif d.d	R: pasien mengikuti arahan perawat Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa
hipertensi	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap
	air hangat menggunaan garam tekanan darah nya
	R: pasien memahami terkait prosedur rendam O:
	kaki air hangat garam - TD. 140/90 mmhg,
	4. Melakukan rendam kaki menggunakan air - N 90 x/mnt,
	hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam - R 20 x/mnt, S. 36,5 °C
	sehari A: masalah belum teretasi
	R: pasien melakukan rendam kaki air hangat P: lanjutkan intervensi
	garam .
	5. Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam
	kaki air hangat garam
	R: pasien merasa lebih baik dan rileks

1. Resiko	Rabu, 15 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Act
perfusi	2023 (17.00WIB)		R: TD: 143/88 mmHg, N: 85x/menit, RR:	S :	8
serebral tidak			20 x/menit, S: 36,0°C	Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa	
efektif d.d		2.	Mengatur posisi pasien duduk	lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap	
hipertensi			R: pasien mengikuti arahan perawat	tekanan darah nya	
		3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	O:	
			air hangat garam	- TD. 140/85 mmhg,	
			R: pasien memahami terkait prosedur rendam	- N 85 x/mnt,	
			kaki air hangat garam	- R 20 x/mnt, S. 36,0 °C	
		4.	Melakukan rendam kaki menggunakan air	A: masalah belum teretasi	
			hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam	P: lanjutkan intervensi	
			sehari		
			R: pasien melakukan rendam kaki air hangat		
			garam		

		5.	Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam kaki air hangat garam R: pasien merasa lebih baik dan rileks		
1. Resiko	Kamis, 16 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Jet:
perfusi	2023 (17.00WIB)		R: TD: 142/90 mmHg, N: 90x/menit, RR:	S :	
serebral			20 x/menit, S: 36,0°C	Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa	
tidak		2.	Mengatur posisi pasien duduk	lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap	
efektif			R: pasien mengikuti arahan perawat	tekanan darah nya	
d.d		3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	O:	
hipertens			air hangat menggunakan garam	- TD. 140/90mmhg,	
i			R: pasien memahami terkait prosedur rendam	- N 90 x/mnt,	
			kaki air hangat garam	- R 20 x/mnt, S. 36,0 °C	
				A: masalah belum teretasi	

		4. Melakukan rendam kaki menggunakan air	P: lanjutkan intervensi	
		hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam		
		sehari		
		R: pasien melakukan rendam kaki air hangat		
		garam		
		5. Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam		
		kaki air hangat garam		
		R: pasien merasa lebih baik dan rileks		
1. Resiko	Jumat , 17 Mei	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Act
perfusi	2023 (17.00WIB)	R: TD: 140/90 mmHg, N: 90x/menit, RR:	S :	8
serebral	1	20 x/menit, S: 36,0°C	Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa	
tidak		2. Mengatur posisi pasien duduk	lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap	
efektif		R: pasien mengikuti arahan perawat	tekanan darah nya	

	2. Manifestanton taisan dan manadan malam tati O	
d.d	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki O:	
hipertens	air hangat mengguanakan garam - TD. 138/90mmhg,	
i	R: pasien memahami terkait prosedur rendam - N 90 x/mnt,	
	kaki air hangat garam - R 20 x/mnt, S. 36,0 °C	
	4. Melakukan rendam kaki menggunakan air A: masalah belum teretasi	
	hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam P: lanjutkan intervensi	
	sehari	
	R: pasien melakukan rendam kaki air hangat	
	garam	
	5. Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam	
	kaki air hangat garam	
	R: pasien merasa lebih baik dan rileks	

1. Resiko	Sabtu, 17 Mei	1.	Mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Act.
perfusi	2023 (17.00WIB)		R: TD: 141/91 mmHg, N: 90x/menit, RR:	S:	8
serebral			20 x/menit, S: 36,0°C	Semenjak dilakukan teapi ini TN S merasa	
tidak		2.	Mengatur posisi pasien duduk	lebih baik dan tidak khawatir lagi terhadap	
efektif			R: pasien mengikuti arahan perawat	tekanan darah nya	
d.d		3.	Menjelaskan tujuan dan prosedur rendam kaki	O:	
hipertens			air hangat menggunakan garam	- TD. 140/90mmhg,	
i			R: pasien memahami terkait prosedur rendam	- N 90 x/mnt,	
			kaki air hangat garam	- R 20 x/mnt, S. 36,0 °C	
		4.	Melakukan rendam kaki menggunakan air	A: masalah belum teretasi	
			hangat garam selama 10-15 menit 1 kali dalam	P: lanjutkan intervensi	
			sehari		
			R: pasien melakukan rendam kaki air hangat		
			garam		

Melakukan evaluasi setelah dilakukan rendam	
kaki air hangat garam	
R: pasien merasa lebih baik dan rileks	