

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. S  
DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA TN. S  
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL RT 05 RW XXIII  
KECAMATAN PEDURUNGAN  
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah  
diajukan sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Ahmad Munif**  
NIM. 89. 33. 12820

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. S  
DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA TN. S  
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL RT 05 RW XXIII  
KECAMATAN PEDURUNGAN  
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2010

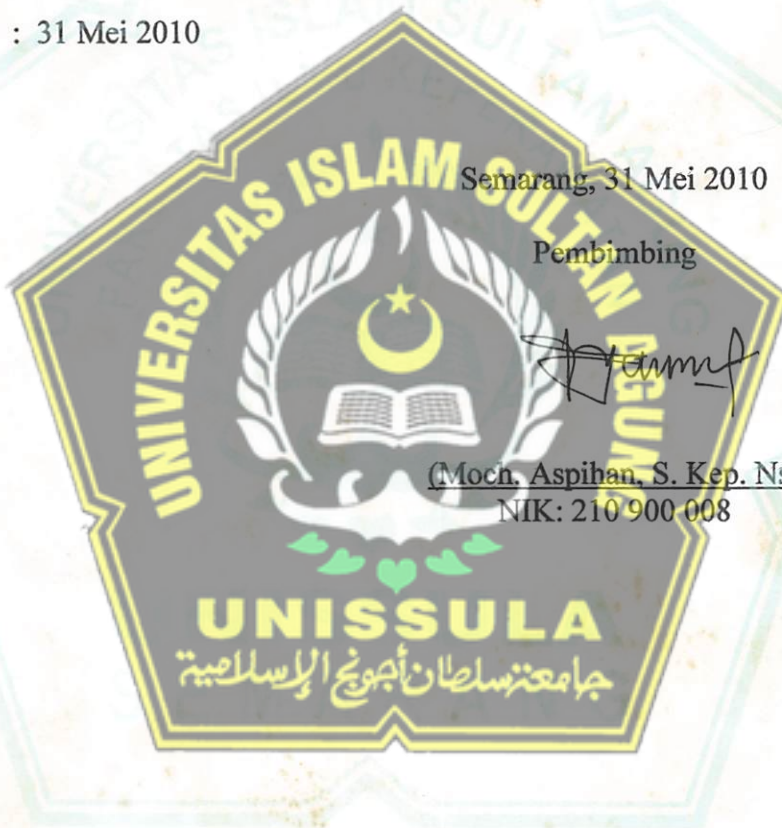
Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing



(Moch. Aspihan, S. Kep. Ns)

NIK: 210 900 008



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Sabtu tanggal 05 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 05 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Iskim Luthfa, S.Kep., Ns)

NIK : 210 909 014

Penguji II



(Iwan Ardian, SKM)

NIK : 210 997 003

Penguji III



(Moch. Aspihan, S. Kep., Ns)

NIK : 210 900 008

## **PERSEMBAHAN**

Sebagai rasa syukur atas rahmat dan karunia Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Asuhan Keperawatan ini, Asuhan Keperawatan ini penulis persembahkan kepada:

1. Ayah dan ibunda tercinta atas dukungannya selama ini., yang telah bekerja keras untuk memberikan yang terbaik untuk putranya.
2. Adik-adikku tercinta yang selalu memberikan supportnya.
3. Teman-temanku senasib dan seperjuangan.





## MOTTO

***“Keberhasilan yang didapat dengan perjuangan akan lebih berarti dari pada keberhasilan yang datang dengan sendirinya”***

***“Aku bukan Dewa yang bisa menyembuhkan mu dengan sekejap tapi aku akan merawatmu dengan kasih sayang dan keikhlasanku”***



## **KATA PENGANTAR**

**Bismillahirrohmanirrohim**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. S Dengan Masalah Hipertensi di Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 05 RW XXIII Pedurungan Semarang**”

Adapun maksud dan tujuan dari laporan ini adalah untuk menyelesaikan tugas akhir program Ahli Madya Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

Dalam penyusunan laporan ini penulis menemui beberapa kendala atau masalah namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak akhirnya laporan ini dapat diiselesaikan tepat pada waktunya. Penulis juga mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc. M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
3. Bapak Apihan, Skep, Ns selaku pembimbing dalam penyusunan Asuhan Keperawatan ini.
4. Ibu Endang Setyowati, SKM selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.

5. Keluarga Tn. S yang sudah bersedia untuk meluangkan waktunya.
6. Bapak dan Ibunda tercinta dengan segala pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik, mendo'akan dan memberikan motivasi dan semangat untuk kesuksesan putranya.
7. Adik-adikku tercinta yang selalu memberikan supportnya.
8. Teman-teman senasip dan seperjuanganku : Reno, fandu, Kriwil, Ucup, Cahyo, serta semua pihak yang membantu dan mendukung dalam penyelesaian laporan ini.

Penulis menyadari asuhan Keperawatan ini jauh bdari sempurna demngan keterbatasan kemampuan dan pengeetahuan yang penulis miliki. Untuk itu haus penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang.

Semoga Asuhan Keperawatan ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam penatalaksanaan.

Semarang, Mei 2010

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERSEMBAHAN .....	iv
MOTTO .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Keluarga.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe keluarga.....	6
3. Fungsi keluarga.....	7
4. Tahap dan perkembangan keluarga.....	9
5. Tugas Keluarga .....	13
6. Prinsip dasar penatalaksanaan keluarga.....	14
B. Konsep Dasar Medis.....	17
1. Pengertian.....	17

2. Etiologi.....	18
3. Patofisiologi .....	20
4. Manifestasi klinik.....	21
5. Pemeriksaan diagnostik.....	22
6. Komplikasi .....	23
<b>BAB III RESUM KEPERAWATAN.....</b>	<b>24</b>
A. Pengkajian Keperawatan .....	24
B. Analisa Data .....	30
C. Diagnosa Keperawatan .....	31
D. Intervensi Keperawatan .....	31
E. Implementasi .....	34
F. Evaluasi .....	37
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>38</b>
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>48</b>
A. Kesimpulan .....	48
B. Saran .....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah.

Di negara industri hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan utama. Di Indonesia, hipertensi juga merupakan masalah kesehatan primer karena angka prevalensinya yang tinggi dan akibat jangka panjang yang ditimbulkannya (Susalit, 2001)

Pernyataan tersebut diperkuat dengan pendapat Adib (2009) Penyakit hipertensi ini tahun demi tahun terus mengalami peningkatan. Tidak hanya di Indonesia, namun juga di dunia. Sebanyak 1 miliar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita penyakit ini. Bahkan diperkirakan akan meningkat menjadi 1,6 miliar menjelang 2025. Oleh karena itulah diperlukan penanganan serius oleh berbagai pihak untuk menekan angka kematian pada penderita hipertensi.

WHO menyatakan hipertensi merupakan silent killer, karena banyak masyarakat tidak menaruh perhatian terhadap penyakit yang dianggap sepele oleh mereka, tanpa menyadari jika penyakit ini menjadi berbahaya dari berbagai kelainan yang lebih fatal misalnya kelainan pembuluh darah, jantung (kardiovaskuler), dan gangguan ginjal, bahkan pecahnya pembuluh darah kapiler di otak atau yang lebih disebut dengan nama stroke (Nissonline, 2007).

Pada tahun 1995 survei kesehatan rumah tangga menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia sudah mencapai 83 per 1000 anggota rumah

tangga. Wanita lebih banyak ketimbang pria. Survei tahun sebelumnya 1986, hipertensi disebut sebagai penyebab utama kematian pada penderita jantung koroner di Indonesia. Jumlah kasusnya 42.8 per 1.000 kematian. (Senio, 2005)

Data di atas memberikan gambaran bahwa masalah hipertensi perlu mendapat perhatian dan penanganan yang baik, mengingat prevalensi dan akibat yang ditimbulkan cukup kompleks. Penanganan awal yang dapat dilakukan adalah di lingkungan keluarga. Hal ini akan memberikan dampak secara sistematis baik pada pola akibat dari penyakit itu sendiri maupun pada upaya yang dilakukan untuk pengelolaan penyakit tersebut. Pada dasarnya hipertensi memerlukan perhatian khusus keluarga karena ada kecenderungan penderita tidak mau berobat, karena tidak merasakan gejala awal sehingga keluarga tidak mengetahui masalah kesehatan yang terjadi.

Pada dasarnya tanpa pengobatan, hipertensi ikut berperan dalam kematian ribuan orang lain karena penyakit ikutan yang lebih berbahaya, seperti stroke, jantung, gagal ginjal (Lanny, 2004).

Berdasarkan tingginya angka kejadian, sifat dan komplikasi dari penyakit hipertensi, maka diperlukan tindakan keperawatan secara terpadu dan menyeluruh melalui kerjasama antar anggota keluarga dan tim keperawatan keluarga agar keluarga mampu melakukan tugas-tugas kesehatan secara mandiri. Atas dasar pertimbangan diatas, maka penulis mengambil studi kasus tentang penyakit hipertensi dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. S Dengan Masalah Hipertensi Pada Tn. S di Wilayah Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 05/ RW XXIII, Pedurungan Kota Semarang.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memahami penerapan “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. Dengan Hipertensi Pada Tn. S di Wilayah Kelurahan Muktiharjo Kidul RT 05/ RW XXIII, Pedurungan Kota Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Teridentifikasinya masalah keperawatan pada keluarga Tn. S dengan masalah hipertensi pada Tn. S.
- b. Teridentifikasinya Tn. S yang menderita hipertensi, dan memberikan Intervensi keperawatan yang tepat pada keluarga Tn. S Khususnya Tn. S yang menderita hipertensi dalam konteks keperawatan keluarga.
- c. Teridentifikasinya alternatif pemecahan masalah keperawatan keluarga pada keluarga Tn. S khususnya pada Tn. S yang menderita hipertensi.

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi Penulis**

Untuk menambah pengetahuan penulisan khususnya dalam penatalaksanaan pada pasien khususnya dengan gangguan sistem kardiovaskuler hipertensi dalam konteks keperawatan keluarga.

### **2. Bagi Pasien dan Keluarga**

Keluarga mampu mengidentifikasi dengan jelas dalam perawatan individu dengan Hipertensi dalam konteks keluarga.

### **3. Bagi Lahan praktik**

Masyarakat mempunyai gambaran tentang penyakit hipertensi.



#### 4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pendidikan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga dan sebagai bahan wacana untuk menambah informasi tentang dokumentasi asuhan keperawatan keluarga.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Keluarga**

##### **1. Pengertian**

Keluarga adalah sekelompok orang, yang hidup bersama atau berhubungan erat, yang saling memberikan perhatian dan memberikan bimbingan untuk anggota keluarga mereka ( Donna L, Wong. 2008 ).

Keluarga Adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI,1988 dalam Sudiarto, 2007).

Bailon dan Maglaya (1978) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan ( Bailon dan Maglaya,1978 dalam Sudiarto,2007)

Menurut Friedman (1998), definisi keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga ( Sudiarto, 2007).

Menurut Duvall, Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan social dari tiap individu.. (Wahid Iqbal, 2009)

Dari definisi diatas dapat di tarik kesimpulan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih dengan adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah yang hidup dalam satu rumah tangga.

## 2. Tipe atau Bentuk keluarga

Beberapa tipe dan bentuk keluarga menurut (Setiadi, 2008) adalah sebagai berikut

- a. Keluarga Inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran natural maupun adopsi.
- b. Keluarga Asal (*Family of Origin*), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
- c. Keluarga Besar (*Extended Family*), keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman dan sepupu.
- d. Keluarga Berantai (*Serial Family*), keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan keluarga inti.

- e. Keluarga Duda atau janda (*Single Family*), keluarga yang terbentuk karena perceraian dan atau kematian pasangan yang dicintai.
- f. Keluarga Komposit (*Composite Family*), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- g. Keluarga Kohabitasi (*Cohabitation*), dua orang yang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak.
- h. Keluarga Inses (*Inses Family*), Bentuk keluarga yang tidak lazim, misalnya anak perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ibu menikah dengan anak kandungnya laki-laki, paman menikah dengan keponakannya.
- i. Keluarga tradisional dan non tradisional., dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, sedangkan keluarga nontradisional tidak diikat oleh perkawinan.

### 3. Fungsi Keluarga

Adapun beberapa fungsi keluarga yang dapat di jalankan keluarga sebagai berikut (Komang Ayu, 2009), yaitu:

#### a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari anggota keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih saya.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai budaya keluarga.

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental, dan spiritual dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui kebutuhan keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis

Fungsi biologis, bukan hanya ditujukan untuk meneruskan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota



keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan mem berikan identitas keluarga.

**g. Fungsi Pendidikan**

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak sesuai dengan tingkatan perkembangan.

**4. Tahap dan Perkembangan Keluarga**

Menurut Mubarak (2009) beberapa tahap tugas dan perkembangan keluarga yaitu:

**a. Tahap I pasangan baru atau keluarga baru**

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan.
- 2) Menetapkan tujuan bersama
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok social.
- 4) Merencanakan anak (KB).
- 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

**b. Tahap II keluarga kelahiran anak pertama**

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berkelanjutan sampai anak pertama berusia 30 bulan (2,5 tahun). Tugas perkembangan pada masa ini antara lain:

- 1) Persiapan menjadi orang tua.
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab.

- 3) Menata ruang untuk anak atau perkembangan suasana rumah yang menyenangkan.
- 4) Mempersiapkan dana *child bering*.
- 5) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga.
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

c. Tahap III keluarga dengan anak prasekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah .

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman.
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.
- 4) Membutuhkan hubungan yang sehat, baik dalam maupun diluar keluarga.
- 5) Pembagian waktu individu, pasangan, dan anak.
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
- 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya

keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Swelain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah sebagai berikut:

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, dan semangat belajar.
  - 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan
  - 3) Mendorong anak untuk mencapai perkembangan daya intelektual.
  - 4) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- e. Tahap V keluarga dengan anak remaja
- Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya sampai usia 19-20 tahun, pada saat meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan member yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.
- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.
  - 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
  - 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurangan dan permusuhan.
  - 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
- f. Tahap IV keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan.

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Tujuan tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya yang tertua.

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Membantu orang tua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anak.
- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang pada ada keluarga.

g. Tahap VII keluarga usia pertengahan.

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan dirasakan sulit karena masalah usia lanjut, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua.

Tugas perkembangan pada tahap ini antara lain:

- 1) Mempertahankan kesehatan
  - 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
  - 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua.
  - 4) Keakraban dengan pasangan.
  - 5) Persiapan masa tua atau masa pensiun.
- h. Tahap VIII keluarga usia lanjut.

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal, sampai keduanya meninggal.

## 5. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya di kaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah (Komang Ayu, 2009):

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negative dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan



perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap terhadap yang sakit.

- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

## 6. Prinsip Dasar Penatalaksanaan Keperawatan Keluarga

Prinsip-prinsip penatalaksanaan keluarga dengan penyakit hipertensi diantaranya dengan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

### a. Tindakan Preventif

Tindakan Preventif dilakukan untuk pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit hipertensi dan mencegah penyakit hipertensi agar tidak semakin parah. Caranya diantara lain adalah dengan menurunkan berat badan, mengurangi asupan garam kedalam tubuh, ciptakan keadaan yang rileks, melakukan olah raga yang teratur, dan kurangi merokok dan mengurangi konsumsi alkohol.

### b. Tindakan Promotif

Memberi pengajaran kepada keluarga tentang sistem kesehatan, sakit, sistem kesehatan manusia, dinamika keluarga, pengasuhan anak, perlakuan perawatan kesehatan, dan bidang-bidang terkait lainnya. Sistem pengajaran kepada keluarga dipraktikkan dengan pemberian pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan kepada keluarga tentang apa itu penyakit hipertensi, faktor penyebab penyakit hipertensi, tanda dan gejala, dan pencegahan maupun pengobatan penyakit hipertensi.

Streiger dan Lipson (1985) dalam Friedman 1998 menyebutkan empat tujuan dari sistem pengajaran penyuluhan kesehatan yaitu:

- 1) Untuk memberikan informasi klien dan keluarga mampu membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungannya dengan kesehatan dan sakit.
- 2) Untuk membantu klien dan keluarga agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan.
- 3) Untuk membantu klien beradaptasi terhadap realita penyakit.
- 4) Untuk membantu klien agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan.

c. Tindakan Kuratif

Yaitu dengan pengobatan, baik secara farmakologis ataupun secara tradisional. Tujuan pengobatan tersebut adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler akibat tekanan darah tinggi seminimal mungkin agar tidak mengganggu kualitas hidup pasien.

Dikutip dari Adib (2009) cara mengendalikan hipertensi dengan obat yaitu:

Berdasarkan cara kerjanya, obat hipertensi terbagi menjadi beberapa golongan, yaitu diuretic, beta bloker, penghambat ACE, antagonis kalsium, dan sebagainya. Mayoritas pasien dengan tekanan darah tinggi akan memerlukan obat-obatan selama hidup mereka untuk mengontrol tekanan darah mereka.

Beberapa jenis obat anti hipertensi

- 1) Penghambat saraf simpatis. Golongan ini bekerja dengan menghambat aktifitas saraf simpatis sehingga mencegah naiknya tekanan darah, contohnya: Metildopa 250 mg (Medopa, Dopamet), Klonidin 0,075 dan reserpin 0,1 mg.
- 2) Beta bloker: Bekerja dengan menurunkan daya pompa jantung sehingga pada gilirannya menurunkan tekanan darah. Contoh Propanorol 10 mg, Atenolol 50,100 mg (Temormin, Farnormin)
- 3) Vasodilator : Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot permbuluh darah.
- 4) *Angiotensin Converting Enzym*(ACE) Imnhibitor. Bekerja dengan menghambat pembentukan zat Angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah). Contoh: Kaptropil 12,5-50 mg (Capoten, Captensi, Tensicap), Enarapril.
- 5) Calsium Antagonis: Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghabat kontraksi jantung. Contoh: Nifedipin, Diltiazepam.

- 6) Antagonis Reseptor Angiotensin II. Cara kerjanya dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Contoh: Valsartan.
- 7) Diuretik: Obat ini bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat urin) sehingga volume cairan tubuh berkurang, sehingga mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan. Contoh: HCT.

Pengobatan secara tradisional menurut Sufrida Yulianti (2006) yaitu dengan daun seledri dicampur dengan air matang, diremas-remas, lalu diperas dan disaring selanjutnya diambil airnya. Aturan pemakaiannya yaitu diminum menjelang tidur dan diulang 3 hari.

#### d. Tindakan Rehabilitatif

Tindakan rehabilitatif untuk proses pemulihan dan penyakit hipertensi tidak kambuh kembali. Tindakan yang dilakukan dengan mengurangi asupan garam, dan menghindari makanan yang berlemak dan berkolesterol tinggi.

## B. Konsep Dasar Penyakit

### 1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. (Smeltzer, 2002)

Adib (2009) berpendapat Hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka morbiditas dan angka kematian(mortalitas).

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu tingkatan tekanan darah tertentu, diatas tingkat tekanan darah tersebut dengan memberikan pengobatan akan menghasilkan lebih banyak manfaat di bandingkan dengan tidak memberikan pengobatan (Artmojo, 2001).

Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi didalam arteti menyebabkan meningkatnya resiko tekanan stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal (Faqih, 2007).

## 2. Etiologi

Menurut Hadibroto (2004) Penyebab hipertensi di bagi menjadi dua yaitu :

### a. Hipertensi Esensial atau hipertensi Primer

Sebanyak 90-95 persen kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para menunjuk pakar stress sebagai tertuduh utama, setelah itu banyak factor lain yang mempengaruhinya. Dan para pakar juga menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi(genetic) dengan resiko untuk juga penyakit ini. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam daftar penyebab



hipertensi jenis ini adalah lingkungan. Kelainan metabolisme intra seluler dan faktor-faktor yang meningkatkan risikonya seperti obesitas,. Faktor yang meningkatkan risikonya seperti obesitas konsumsi alcohol, merokok, dan kelainan darah, polisitemial.

**b. Hipertensi renal atau hipertensi sekunder**

Pada 5-10 persen kasus sisanya, penyebab spesifiknya sudah diketahui yaitu gangguan hormonal, penyakit jantung, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh darah atau berhubungan dengan kehamilan. Garam dapur akan memburuk kondisi hipertensi, tetapi bukan factor penyebab.

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	Dibawah 130 mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium (Hipertensi Ringan)	140-149 mmHg	90-99 mmHg
Stadium 2 (Hipertensi Sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Stadium 3 (Hipertensi Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Stadium 4 (Hipertensi Maligna)	210 mmHg atau lebih	120 mmHg atau lebih

Faqih (2007)

### 3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam

bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer, 2002).

#### 4. Manifestasi klinis

Peninggian tekanan darah tidak jarang merupakan satu-satunya tanda pada hiupertensi primer. Bergabung pada tingginya tekanan darah gejala yang timbul dapat berbeda-beda. Kadang-kadang hipertensi primer berjalan tanpa gejala, dan baru timbul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti pada ginjal, mata otak dan jantung. (Arjatmo, 2001)

Menurut Arjatmo (2001) pada survey hipertensi di Indonesia tercatat berbagai keluhan yang dihubungkan dengan hipertensi seperti:

- a. Pusing
- b. Cepat marah
- c. Telinga berdengung
- d. Sukar tidur

- e. Mimisan
- f. Sesak nafas
- g. Rasa berat di tengkuk
- h. Mudah lelah
- i. Mata berkunang-kunang

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan fisik : pemeriksaan TD berulang di tempat praktek, atau pentatan selama 24 jam.

Pemeriksaan fisik lanjutan

- a. Periksa nadi
- b. Periksa hipertrofi ventrikel kiri (denyut apeks kuat angkat, bergeser jika ada dilatasi sekunder), dipstick urin, dan pemeriksaan mikroskopik.
- c. Periksa funduskopi.
- d. Periksa perlambatan denyut radialis\_femoralis (koarktasio).
- e. Periksa tampilan Cushingoid.
- f. Periksa deficit neurologis.
- g. Periksa deficit neurologis (TIA, CVA).
- h. Periksa tanda-tanda gagal jantung.
- i. Periksa dipstick urin untuk mencarindarah protein.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang lini pertama adalah EKG, kreatinin, dan kalium.

Jika ragu mengenai hipertensi, lakukan pengukuran ambulatory dalam 24 jam.

Nilai seluruh risiko kardiovaskuler (usia, jenis kelamin, riwayat merokok, kolesterol, dan setiap penyakit vascular yang diketahui) karena bias mempengaruhi TD di mana terapi TD mungkin memberikan manfaat. (Jonathan Gleadle, 2005)

## 6. Komplikasi

Risiko hipertensi jangka panjang adalah kerusakan organ target:

- a. Penyakit serebrovaskular: stroke trombotik dan hemoragik.
- b. Penyakit vascular: penyakit jantung koroner.
- c. Hipertrofi ventrikel kiri (*left ventricular hypertrophy* [LVH] ) adalah mekanisme kompensasi terhadap peningkatan TD kronis. Hal ini merupakan predictor independen dari kematian dini (kematian jantung mendadak akibat aritmia ventrikel, gagal jantung, infark miokard [MI], cedera serebrovaskular [CVA –*cerebrovaskular accident*]). Gagal jantung bisa berhubungan dengan LVH (hipertrofi otot yang telah berlangsung lama menyebabkan kegagalan kontraktile sistolik) atau penyakit koroner primatur.
- d. Gagal ginjal: hipertensi menyebabkan kerusakan renovaskular dan kerusakan glomerulus. (Davey, 2003)



## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

Pada BAB III ini akan dipaparkan tentang Resume Keperawatan “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S Khususnya Tn. S dengan Hipertensi” yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

#### A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2010 sampai 12 Mei 2010. Di rumah keluarga Tn. S di RT 05/RW XXIII Kelurahan Muktiharjo Kidul. Dari pengkajian tersebut diperoleh data: Tn. S sebagai kepala keluarga berusia 48 tahun, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai buruh serabutan. Ny. R berusia 43 tahun, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai karyawan di rumah makan, hubungan dengan Tn. S adalah istri. Tn. S dan Ny. R mempunyai satu orang anak, sudah menikah, dan mempunyai tiga orang cucu. Tn. S dan Ny. R tinggal dengan salah satu cucunya, An. S berusia 10 tahun, pendidikan kelas IV SD, sebagai cucu Tn. S dan Ny. R.

Keluarga Tn. S merupakan tipe *Extended Family* dimana dalam keluarga terdiri dari Tn. S sebagai suami, Ny. R sebagai istri Tn. S, dan An. S sebagai cucu Tn. S dan Ny. R. Semua anggota berasal dari suku Jawa, bahasa keseharian yang sering digunakan oleh anggota keluarga adalah bahasa Jawa. Seluruh anggota keluarga beragama Islam, dan taat menjalankan ibadah Sholat lima waktu. Sebagai pemeluk agama Islam keluarga tidak makan jenis

makanan yang dilarang oleh agama, seperti daging babi, daging anjing , daging ular.

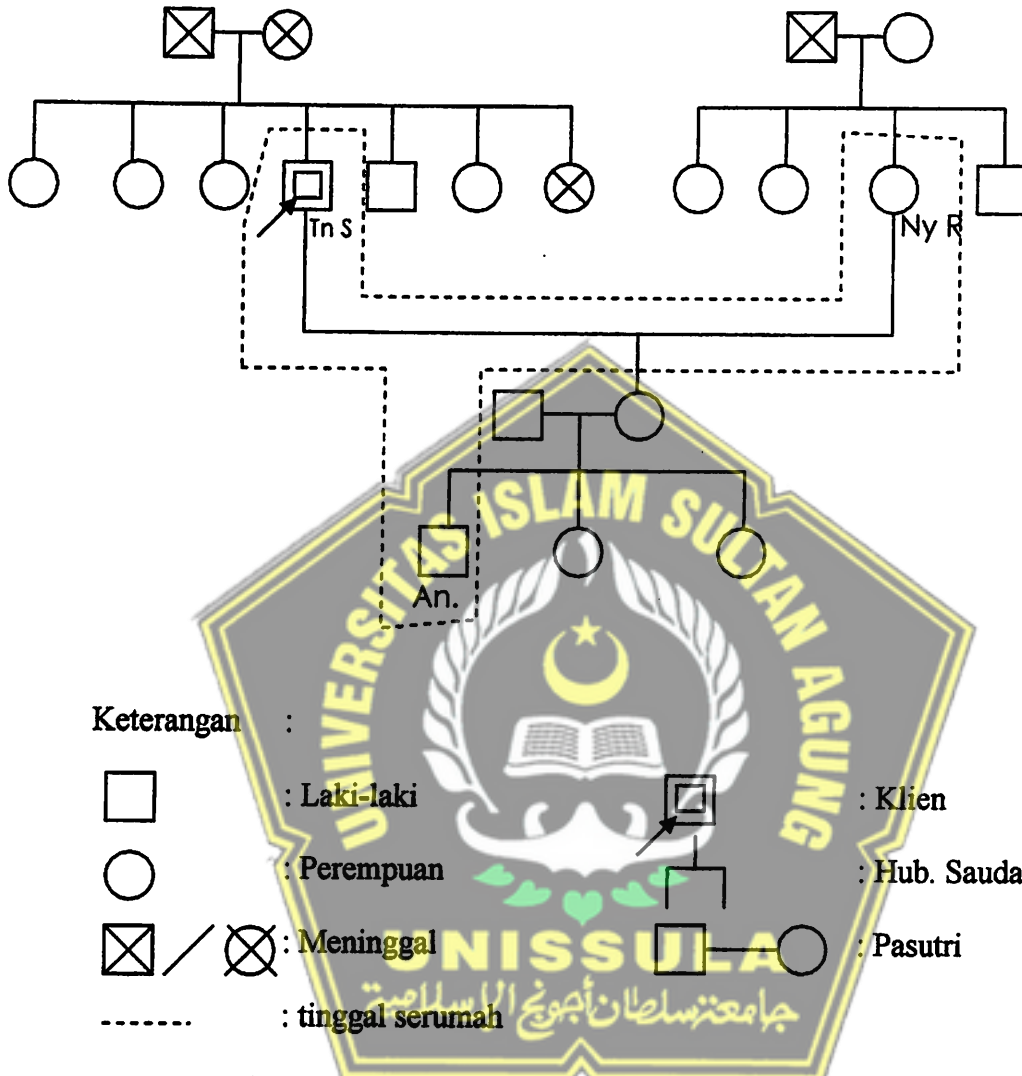
Tn. S mengatakan hanya bekerja sebagai buruh serabutan, sedangkan istri Tn. S bekerja sebagai karyawan warung makan di daerah Tlogosari. Penghasilan rata-rata keluarga Tn. S perbulan kurang lebih Rp. 1.250.000,-. Dengan penghasilan kurang lebih Rp. 1.250.000,- perbulan, keluarga mengatakan penghasilan ini cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, tetapi untuk biaya kesehatan sangatlah kurang.

Aktivitas rekreasi yang sering dilakukan oleh keluarga saat liburan sekolah cucunya adalah jalan-jalan ke pasar malam dan di saat tidak liburan sekolah keluarga mengisi waktu luang dengan menonton televisi bersama-sama.

Keluarga Tn. S saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga usia pertengahan. Tugas perkembangan keluarga yang berada pada tahap usia pertengahan yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak maupun cucu.

Tn. S mengatakan menikah tahun 1982, dan dikaruniai seorang anak perempuan. Anaknya sekarang sudah menikah dan mempunyai tiga orang anak. Anak pertama yang sekarang berusia 10 tahun adalah seorang anak laki-laki yang sejak umur 3 bulan sudah tinggal bersama Tn. S, sedangkan anak kedua dan ketiga sekarang tinggal bersama orang tuanya.

Berikut genogram keluarga Tn. S



Tn. S sekarang sedang menderita penyakit Hipertensi. Dalam keluarga Tn. S tidak ada yang menderita penyakit seperti Tn. S, dan hanya saja Ny. R sering mengeluh perutnya terasa perih karena Ny. S selama satu tahun belakangan ini mempunyai riwayat penyakit maag. Keluarga menyadari Tn. S sedang menderita penyakit hipertensi, tindakan yang dilakukan keluarga supaya tekanan darah Tn. S normal yaitu dengan cara membelikan obat di warung. Rumah yang ditempati keluarga Tn. S berukuran 6m X 13 m (78

m<sup>2</sup>), terdiri dari ruang tamu, 2 buah kamar tidur, 1 kamar mandi, dan dapur. Lantai rumah berupa tanah, penerangan listrik cukup terang, tetapi ventilasi udara yang masuk kurang. Kondisi rumah cukup bersih dan rapi dalam penataan perabotan rumah tangga. Septic tank terdapat di luar rumah dan jaraknya dengan sumur kurang lebih 8 m. Keluarga membuang sampah dengan cara di buang di lahan kosong yang berada di depan rumah, kemudian sampah itu dibakar. Keluarga menggunakan PDAM sebagai sumber air minum, sedangkan untuk mandi berasal dari sumur gali.

Tetangga keluarga Tn. S sebagian besar merupakan masyarakat pendatang dan merupakan kalangan menengah kebawah. Pada umumnya tetangga keluarga Tn. S bekerja sebagai pegawai swasta dan buruh. Lingkungan tempat tinggal keluarga Tn. S berada di daerah perkampungan dan berada jauh dari jalan raya. Jarak dengan tempat tinggal keluarga Tn. S dengan tempat pelayanan kesehatan cukup jauh, dan alat transportasi yang digunakan untuk ke tempat fasilitas kesehatan berupa sepeda. Tn. S mengatakan cukup kesulitan jika ingin ke tempat pelayanan kesehatan karena jarak yang cukup jauh dan transportasi yang digunakan untuk ke tempat pelayanan kesehatan kurang memadai.

Keluarga Tn. A mengikuti perkumpulan RT/RW baik berupa pertemuan, arisan, maupun pengajian. Kesempatan setiap anggota keluarga untuk saling bertemu adalah pada malam hari dan pada saat menonton televisi bersama. Sistem pendukung keluarga ketika keluarga Tn. S mengalami

kesusahan dalam keluarga adalah tetangga yang selalu membantu tn. S saat mengalami kesusahan.

Setiap anggota keluarga Tn. S berkomunikasi secara langsung secara verbal menggunakan bahasa Jawa. Komunikasi keluarga sifatnya terbuka satu sama lain, supaya apabila ada masalah dalam keluarga akan cepat terselesaikan. Tn. S sebagai kepala keluarga, memimpin pembahasan dan menyimpulkan bila ada masalah keluarga.

Keluarga mengetahui Tn. S sedang menderita penyakit hipertensi, tetapi anggota keluarga kurang mengetahui apa itu penyakit hipertensi, faktor penyebab penyakit hipertensi, tanda dan gejalanya, dan cara pencegahan maupun perawatan penyakit hipertensi. Anggota keluarga belum tahu cara merawat anggota keluarganya yang sedang menderita hipertensi. Tn. S mengatakan tidak pernah memeriksakan penyakitnya ke puskesmas atau dokter praktek. Keluarga Tn. S mengatakan, jika Tn. S mengeluh pusing tindakan yang dilakukan keluarga supaya tekanan darah Tn. S kembali normal yaitu dengan membelikan obat-obat warung.

Tn. S mengatakan khawatir dengan masalah tekanan darah tingginya semakin parah. Namun keluarga selalu mendukung untuk selalu tabah dan tawakal.

Keadaan gizi keluarga Tn. S cukup baik, makanan sehari-hari sudah mencakup empat sehat. Seluruh anggota keluarga Tn. S tidak ada tanda-tanda kekurangan gizi.



Dari hasil pemeriksaan fisik terhadap Tn. S, didapatkan data TD=180/100 mmHg, N=96X/menit, RR=24X/menit, BB= 56 kg, rambut bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih, telinga tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping telinga, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tak ada retraksi dada, tak ada distensi abdomen, tak ada luka / fraktur pada extremitas. Tn. S mengeluh sering pusing dan tengkuk kepala terasa berat saat mengalami kecapekan.

Pemeriksaan fisik Ny. R TD=120/80 mmHg, N=88X/menit, RR=20X/menit, BB= 50 kg, rambut bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih, telinga tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping telinga, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tak ada retraksi dada, tak ada dystensi abdomen, tak ada luka / fraktur pada extremitas.

Pemeriksaan fisik An. S TD=110/70 mmHg, N=104 X/menit, RR=20X/menit, BB= 38 kg, rambut bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, hidung bersih, telinga tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping telinga, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tak ada retraksi dada, tak ada dystensi abdomen, tak ada luka / fraktur pada extremitas.

Keluarga berharap dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, dan penyakit yang di derita Tn. S cepat kunjung sembuh. Dan keluarga mengharapkan mendapatkan informasi dari petugas kesehatan tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan.

## B. Analisa Data

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 3 Mei 2010 pukul 09.00 WIB didapatkan analisa data yang pertama didasarkan atas data subjektif Tn. S mengatakan dirinya sering pusing, tengkuk kepala terasa berat terutama saat kecapekan, Tn. S mengatakan sebelumnya mempunyai penyakit hipertensi, Tn.S mengatakan bahwa dirinya hanya tahu mempunyai penyakit hipertensi tapi tidak mengetahui pengertian, tanda dan gejala, serta komplikasi penyakit hipertensi. Data objektif yang diperoleh dari pengkajian tekanan darah 180/100 mmHg, nadi kali per menit, pernafasan 24 kali per menit, Tn. S tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit hipertensi. Dari data subjektif dan objektif tersebut muncul masalah *pemeliharaan kesehatan tidak efektif dengan etiologi ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi.*

Pengkajian pada tanggal 3 Mei 2010 diperoleh data yang mendukung masalah kesehatan yang ketiga adalah Tn. S mengatakan jarang sekali memeriksakan kesehatannya ditempat pelayanan kesehatan, Tn. S mengatakan tempat tinggalnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan puskesmas, Tn. S jika tekanan darahnya kambuh cenderung membeli obat di warung. Data objektif yang mendukung adalah jarak lingkungan tempat tinggal Tn. S jauh dari tempat pelayanan kesehatan puskesmas, keluarga Tn. S merupakan golongan dengan ekonomi kurang mampu. Dari data subjektif dan objektif

muncul masalah *manajemen terapeutik tidak efektif* dengan etiologi *ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan*.

### C. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data, langkah selanjutnya yaitu melakukan pembobotan masalah untuk menentukan diagnosa mana yang harus dilakukan tindakan keperawatan lebih awal.

Pada diagnosa keperawatan pertama Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi, memiliki total skor 3 2/3.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga, manajemen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan, memiliki skor 3 1/3. Dengan demikian maka urutan diagnosanya adalah

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi.
2. Manajemen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

### D. Intervensi Keperawatan

1. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi.

Tujuan umumnya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam keluarga dapat mengenal masalah anggota keluarganya yang menderita hipertensi.

Tujuan khusus yang pertama keluarga yaitu mampu mengetahui pengertian hipertensi. Evaluasi kriteria dengan respon verbal. Evaluasi standar, keluarga menyebutkan pengertian hipertensi, adalah tekanan darah yang melebihi batas normal lebih dari 120/80 mmHg. Intervensi yang akan dilakukan pada keluarga kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi, dan jelaskan kepada keluarga tentang pengertian hipertensi.

Tujuan khusus yang kedua yaitu keluarga mampu mengetahui faktor penyebab hipertensi. Evaluasi kriteria respon verbal. Evaluasi standar, keluarga menyebutkan penyebab hipertensi yaitu gangguan hormon, penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, dan penyakit pembuluh darah. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah jelaskan faktor penyebab hipertensi.

Tujuan khusus yang ketiga yaitu keluarga mampu mengetahui tanda dan gejala hipertensi. Evaluasi kriteria respon verbal. Evaluasi standar, keluarga menyebutkan tanda dan gejala hipertensi yaitu pusing, tengkuk kepala terasa berat, mata berkunang-kunang, sukar tidur dan nafas pendek. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah jelaskan tanda dan gejala hipertensi.

Tujuan khusus yang keempat yaitu keluarga mengetahui diet makanan yang tepat. Evaluasi kriteria respon verbal dan motorik. Evaluasi

standar, keluarga menyebutkan diit makanan yang di hindari yaitu makanan dengan kadar garam tinggi dan makanan yang dianjurkan yaitu jenis makanan sayur-sayuran dan polong-polongan. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah jelaskan kepada keluarga tentang diit yang tepat bagi penderita hipertensi.

Tujuan khusus yang kelima yaitu keluarga mampu mendemonstrasikan cara pembuatan obat tradisional untuk penderita hipertensi. Evaluasi kriteria respon motorik. Evaluasi standar keluarga mampu mendemonstrasikan cara pembuatan obat tradisional yaitu. Intervensi yang dilakukan keluarga adalah jelaskan cara pembuatan obat tradisional dan beri kesempatan keluarga untuk mendemonstrasikannya daun seledri dicampur dengan air matang, diremas-remas, lalu diperas dan disaring selanjutnya diambil airnya, Aturan pemakaiannya yaitu diminum menjelang tidur dan diulang 3 hari.

Manajemen regimen terapeutik keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Tujuan umumnya adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik.

Tujuan khusus yang pertama keluarga mampu menyebutkan pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan pasien dengan hipertensi. Evaluasi kriteria respon verbal. Evaluasi standar keluarga menyebutkan tempat pemeriksaan kesehatan yaitu puskesmas, dokter umum,



dan rumah sakit. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah diskusikan tentang tempat-tempat pelayanan kesehatan.

Tujuan khusus yang kedua keluarga mampu menghindari faktor yang menghambat anggota keluarga untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan. Evaluasi kriteria respon verbal. Evaluasi standar keluarga menyebutkan faktor penghambat yaitu jarak dan ekonomi. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah diskusikan kepada keluarga tentang pemecahan faktor penghambat.

Tujuan khusus yang ketiga keluarga mampu mengambil keputusan untuk memeriksakan anggota keluarganya di tempat pelayanan kesehatan. Evaluasi kriteria respon verbal. Evaluasi standar keluarga memutuskan untuk memeriksakan anggota keluarganya ke tempat pelayanan kesehatan. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah memotivasi kepada keluarga jika ada anggota keluarganya yang sakit harus diperiksa ke puskesmas.

Tujuan khusus yang keempat Tn. S ikut serta dalam pengobatan gratis yang diadakan oleh mahasiswa. Evaluasi kriteria respon motorik. Evaluasi standar keluarga mengantar keluarga yang sedang menderita hipertensi ke tempat pengobatan gratis. Intervensi yang dilakukan kepada keluarga adalah memotivasi keluarga untuk mengikuti pengobatan gratis.

## **E. Implementasi**

Implementasi pada pertemuan pertama dengan keluarga pada tanggal 7 Mei 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa yang pertama. Implementasi berupa pendidikan kesehatan dengan menggunakan bahan

leaflet. Implementasi yang dilakukan mengucapkan salam, respon keluarga secara subjektif: keluarga menjawab salam, secara objektif: keluarga kooperatif. Menanyakan kepada klien dan keluarga tentang pengetahuannya terhadap penyakit hipertensi, respon secara subjektif: klien mengatakan tidak mengetahui tentang hipertensi, secara objektif: klien dan keluarga tampak bingung. Memberi kesempatan klien dan keluarga untuk menjelaskan hipertensi menurut bahasanya sendiri, respon secara subjektif: klien dan keluarga mengatakan hipertensi yaitu tekanan darah tinggi, secara objektif: keluarga tampak kooperatif. Menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian, menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, dan diet makanan yang tepat, respon secara subjektif: keluarga mendengarkan penjelasan perawat, secara objektif: keluarga tampak mendengarkan penjelasan perawat.

Menjelaskan kepada keluarga tentang cara perawatan hipertensi, dan mendemonstrasikan cara pembuatan obat tradisional dengan daun seledri, respon secara subjektif: keluarga bersedia mengikuti cara pembuatan obat tradisional, secara objektif: keluarga tampak mengikuti jalannya demonstrasi. Memberi kesempatan keluarga untuk bertanya tentang topik yang dibahas, respon secara subjektif: keluarga mengatakan sudah paham, secara objektif: keluarga tampak lebih mengerti. Memberi kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang topik yang sedang didiskusikan, respon secara subjektif: keluarga menjelaskan kembali, secara objektif: keluarga kooperatif. Memberi reinforcement positif atas penjelasan keluarga mengenai hipertensi.

respon secara subjektif: - secara objektif: keluarga tampak senang, Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya, respon secara subjektif: keluarga menyanggupi kontrak yang diajukan, secara objektif: keluarga tampak menganggukkan kepala.

Implementasi pada pertemuan kedua dilakukan pada tanggal 9 Mei 2010. Implementasi ditujukan untuk diagnosa kedua. Implementasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, respon secara subjektif: keluarga menjawab salam, secara objektif: keluarga tampak menjawab salam.

Mengingatkan kontak yang telah disepakati, respon secara subjektif: keluarga masih ingat dengan kontrak yang telah disepakati, secara objektif: keluarga kooperatif. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang tempat pelayanan kesehatan, respon secara subjektif: puskesmas, dokter praktek, rumah sakit, secara objektif: keluarga kooperatif. Mendiskusikan dengan tentang faktor-faktor yang menghambat untuk ke tempat pelayanan kesehatan, respon secara subjektif: keluarga mengatakan faktor penghambatnya adalah transportasi yang kurang memadai dan jarak rumah yang jauh tempat pelayanan kesehatan, secara objektif: keluarga tampak sedang berdiskusi dengan perawat. Memotivasi keluarga jika ada anggota keluarga yang sakit keluarga harus memutuskan diperiksakan ke tempat pelayanan kesehatan, respon secara subjektif: keluarga menganggukkan kepala, secara objektif: keluarga kooperatif menjelaskan kepada keluarga tentang pentingnya berobat ke tempat pelayanan kesehatan, respon secara subjektif: keluarga tampak sedang mendengarkan perawat, secara objektif:

keluarga kooperatif, Memotivasi keluarga untuk mengikuti pengobatan gratis, respon secara subjektif: keluarga bersedia, secara objektif: keluarga tampak menganggukkan kepala.

#### **F. Evaluasi**

Evaluasi pada diagnosa Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi. pada hari Senin tanggal 10 Mei 2010 adalah S (Subjektif): Tn. S dan keluarga mengatakan sudah tahu dan mengenal tentang masalah hipertensi dan tahu cara merawat anggota keluarga dengan pemberian diit makanan yang benar. O (Objektif): Tn. S mampu menjawab pertanyaan perawat, dan dapat menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, diit makanan yang dianjurkan, dan perawatan pasien dengan hipertensi. Pada A (Analisa): masalah teratasi Pada P (Planning): pertahankan intervensi.

Evaluasi diagnosa pada manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pada hari Rabu 12 Mei 2010 adalah S (Subjektif): Tn. S dan keluarga memutuskan untuk selalu memanfaatkan fasilitas kesehatan dan mengatakan bersedia mengikuti pengobatan gratis yang akan diadakan oleh mahasiswa yang sedang praktek komunitas di wilayah tempat tinggal klien. O (Objektif): Tn. S menganggukkan kepala dan menunjukkan ekspresi muka bersungguh-sungguh ingin mengikuti pengobatan gratis. A (Analisa): masalah taratasi Pada P (Planning): pertahankan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang kasus yang diambil mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S Khususnya Tn. S dengan Hipertensi di Wilayah Kelurahan Muktiharjo Kidul Rt 05/ Rw XXIII, Pedurungan Kota Semarang. Proses asuhan ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi. Proses keperawatan dilakukan mulai tanggal 3 sampai dengan 12 Mei 2010. Berdasarkan data pengkajian yang ditemukan, maka diagnosa keperawatan yang muncul yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga dan manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang ditegakan oleh penulis mengacu pada konsep dari *Friedman's Assessment model* yang digabungkan dengan lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya, 1978. Sehingga dalam struktur redaksional diagnosa keperawatan, masalah keperawatan didasarkan pada temuan pengkajian melalui *Friedman's Assessment Model*, sementara etiologi didasarkan pada temuan pengkajian melalui konsep lima tugas perawatan keluarga dari Bailon & Maglaya.

A. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga.

Pemeliharaan kesehatan tidak efektif adalah ketidakmampuan, mengidentifikasi, mengatur dan atau mencari pertolongan untuk pemeliharaan



kesehatan. Batasan karakteristik adalah menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar, menunjukkan keterbatasan perilaku adaptif untuk mengubah lingkungan intera/ekstrna, melaporkan atau menunjukkan ketidakmampuan dalam bertanggung jawab untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar dalam beberapa atau semua area fungsi, riwayat keterbatasan perilaku mencari kesehatan, mengekspresikan kesehatan dalam memperbaiki perilaku kesehatan, melaporkan atau menunjukkan keterbatasan peralatan, melaporkan menunjukkan kerusakan support system personal. (NANDA, 2001)

Penulis memilih ketidakmampuan keluarga mengenal masalah sebagai etiologi pemeliharaan kesehatan tidak efektif berdasarkan pernyataan keluarga yang belum mengerti tentang hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, dan faktor pencetus hipertensi. Ini menunjukkan keluarga kurang mengetahui hipertensi. Menurut Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Iqbal, 2006, menyatakan bahwa kemampuan mengenal masalah kesehatan adalah dimana keluarga mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Sedangkan Carpenito (2001) mendefinisikan kurang pengetahuan adalah suatu keadaan dimana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor, berkenaan dengan kondisi rencana pengobatan dengan batasan karakteristik mayor, mengungkapkan kurang pengetahuan atau ketrampilan permintaan informasi melakukan dengan tidak tepat, perilaku kesehatan yang dianjurkan serta batasan karakteristik minor, kurang integrasi tentang rencana pengobatan ke dalam aktivitas sehari-hari. Dari dua konsep di atas, terlihat

kemiripan antara kurang pengetahuan dengan mengenal masalah yang terletak pada defisiensi kognitif. Namun demikian, dalam asuhan keperawatan keluarga, etiologi dalam diagnosa keperawatan ditegaskan oleh karena didapatkannya data maladaptif pada salah satu fungsi perawatan keluarga. Sehingga, penulis konsisten dalam penggunaan konsep ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.

Masalah ini muncul karena karena data pada saat pengkajian didapatkan data dari klien mengatakan sering pusing dan tengkuk kepala terasa berat, klien mengatakan sebelumnya mempunyai penyakit hipertensi, klien dan keluarga mengatakan hanya tahu mempunyai penyakit hipertensi tapi tidak mengetahui tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, diit makanan serta perawatan penyakit hipetensi, TD : Tn. S 180/100 mmHg, N :96x/menit, Tn. S tampak bingung ketika ditanya tentang hipertensi.

Diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena dengan penghitungan skor yang berdasarkan cara penghitungan menurut Bailon dan Maglaya (1978), karena mempunyai sifat masalah tidak sehat, kemungkinan masalah yang dapat diubah sebagian, potensial masalah dapat dicegah cukup, menonjolnya masalah harus segera ditangani. Jumlah skor yaitu 3 2/3.

Pada diagnosa keperawatan penulis menetapkan tujuan yaitu keluarga dapat mengenal masalah anggota keluarganya yang menderita hipertensi.

Untuk mengatasi masalah diatas penulis merencanakan beberapa perencanaan keperawatan yaitu dengan pemberian pendidikan atau penyuluhan kesehatan mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan pasien hipertensi dengan diit makanan yang tepat, dan demonstrasi

pembuatan obat tradisional untuk hipertensi. Penyuluhan kesehatan penyediaan informasi bagi klien dan keluarga untuk membantu mereka dalam mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. Memperoleh informasi yang bermakna membantu anggota keluarga merasa memiliki perasaan kontrol dan mengurangi stres (Friedman, 1998).

Tindakan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga merupakan tindakan yang sangat tepat, karena dengan pemberian penyuluhan kepada keluarga, keluarga dapat mengetahui dan mampu untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi. Pada diagnosa penulis menetapkan tujuan yaitu klien dan keluarga mengenal masalah anggota keluarganya yang menderita hipertensi. Tindakan intervensi yang dilakukan penulis :

1. Kaji dan diskusikan dengan keluarga tentang pengetahuan keluarga terhadap hipertensi. Rasional: pengetahuan merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum klien dan keluarga.
2. Beri kesempatan klien dan keluarga untuk menjelaskan hipertensi menurut bahasanya sendiri. Rasional: untuk mengetahui sejauh mana keluarga tentang masalah hipertensi.
3. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab hipertensi, tanda gejala, dan mengetahui cara perawatan dengan diit makanan yang tepat. Rasional: penyuluhan kesehatan penyediaan informasi bagi klien dan keluarga untuk membantu anggota keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan.

4. Beri kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang topik yang sedang didiskusikan. Rasional: Untuk mengetahui respon klien terhadap penyuluhan yang kita lakukan.
5. Beri reinforcement positif atas penjelasan keluarga mengenai hipertensi. Rasional: memberi pujian atas penjelasan keluarga.

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga pada saat setiap masalah penulis melakukan implementasi. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang sakit adalah mengkaji pengetahuan anggota keluarga tentang pengetahuan terhadap hipertensi S: klien mengatakan tidak mengetahui tentang hipertensi, O: klien dan keluarga tampak bingung. menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian, menjelaskan kepada keluarga tentang penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, serta diit makanan yang dianjurkan. S: keluarga mendengarkan penjelasan perawat, O: keluarga tampak mendengarkan penjelasan perawat. demonstrasi cara membuat obat tradisional untuk pencegahan dan perawatan penyakit hipertensi, S: keluarga mengikuti jalannya demonstrasi, O: klien tampak kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah anggota keluarga yang menderita hipertensi yaitu masalah teratasi karena setelah dengan diberikan pendidikan kesehatan klien dan keluarga sudah mampu menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, diit makanan yang dianjurkan, dan perawatan pasien dengan hipertensi. Sehingga penulis mempertahankan intervensi. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan



penulis tidak mengalami kesulitan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif

Hanya saja pada implementasi mendemonstrasikan cara pembuatan obat tradisional yang berasal dari bahan daun seledri penulis tidak menjelaskan kandungan isi dalam daun seledri.

Seharusnya penulis menjelaskan kepada keluarga tentang apa saja yang terkandung dalam daun seledri, supaya keluarga tahu manfaat daun seledri tersebut. Daun seledri mengandung Apigelin, yang berfungsi sebagai *beta blocker* yang dapat memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran darah yang terpompa lebih sedikit dan tekanan darah menjadi berkurang. Selain itu seledri juga mengandung manitol dan apiin, bersifat diuretic yaitu membantu ginjal mengeluarkan kelebihan cairan dan garam dalam tubuh, sehingga berkurangnya cairan dalam darah akan menurunkan tekanan darah.

- B. Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Manajemen regimen terapeutik tidak efektif adalah pola pengaturan dan integrasi ke dalam program latihan aktivitas sehari-hari bagi orang sakit dan latihan berkelanjutan yang menimbulkan ketidakpuasan untuk menemukan tujuan kesehatan spesifik. Batas karakteristik : pemilihan aktivitas harian yang tidak efektif untuk menemukan tujuan dari latihan atau program pencegahan, secara verbal mengungkapkan tidak melakukan tindakan untuk tidak mengurangi faktor resiko bagi kemajuan sakit dan akibatnya, keinginan secara verbal untuk mengatur latihan bagi sakitnya dan



pencegahan komplikasi dan latihan atau sakit atau akibatnya. (NANDA, 2001)

Penulis memilih ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sebagai etiologi dari rejimen manajemen keluarga tidak efektif berdasarkan pernyataan keluarga yang jarang memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan, jarak rumah jauh dari puskesmas. Menurut (NANDA, 2001) gangguan pemeliharaan kesehatan adalah ketidakmampuan untuk mengidentifikasi, mengatur, dan mencari bantuan untuk memelihara kesehatan.

Masalah ini muncul karena didukung data yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu klien mengatakan jarang sekali memeriksakan kesehatannya ditempat pelayanan kesehatan, klien mengatakan tempat tinggalnya jauh dari tempat tempat pelayanan kesehatan puskesmas, klien jika tekanan darahnya kambuh cenderung membeli obat di warung, rumah klien jauh dari tempat pelayanan kesehatan puskesmas, tampak tersedia obat sakit kepala yang baru dibeli.

Jumlah skor pada diagnosa manajemen regimen terapeutik tidak efektif ketidakmampuan keluarga memanfaatkan kesehatan adalah  $3 \frac{1}{3}$  Sehingga penulis memprioritaskan diagnosa masalah ini sebagai prioritas yang kedua, karena jumlah skor yang didapat lebih sedikit dibanding dengan jumlah skor pada diagnosa pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang berjumlah  $3 \frac{2}{3}$ .

Pada diagnosa keperawatan penulis menetapkan tujuan yaitu keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan secara maksimal.

Dari diagnosa diatas penulis merencanakan beberapa tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah. Tindakan perencanaan yang dilakukan penulis adalah :

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang tempat-tempat pelayanan kesehatan.  
Rasional: untuk mengukur sejauh mana pengetahuan keluarga tentang tempat pelayanan kesehatan.
2. Diskusikan dengan keluarga tentang faktor penghambat untuk pergi ketempat pelayanan kesehatan. Rasional: untuk mengetahui kendala keluarga dalam memeriksakan anggota keluarga ketempat pelayanan kesehatan.
3. Motivasi kepada keluarga untuk memutuskan jika ada anggota keluarga yang sakit harus diperiksakan ke tempat pelayanan kesehatan. Rasional : diharapkan keluarga memproitaskan untuk selalu pergi ketempat pelayanan kesehatan dahulu jika ada anggota keluarganya yang sakit.
4. Jelaskan kepada keluarga tentang pentingnya memeriksakan kesehatan ke tempat pelayanan kesehatan. Rasional: klien dan keluarga mendapatkan informasi dan dapat membantu klien dan keluarga dalam mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih.
5. Motivasi klien untuk ikut dalam pengobatan gratis yang diselenggarakan oleh perawat. Rasional: dengan mengikuti pengobatan gratis diharapkan sedikit masalah kesehatan teratasi.

Dari berbagai rencana keperawatan, penulis mengimplementasikan kepada keluarga yaitu:

Mengkaji pengetahuan keluarga tentang tempat-tempat pelayanan kesehatan, S: keluarga mengatakan tempat-tempat pelayanan kesehatan,

O: keluarga kooperatif. Mendiskusikan dengan klien faktor-faktor yang menghambat keluarga untuk ke tempat pelayanan kesehatan, S: klien mengatakan jarak rumah tinggalnya jauh dari puskesmas, dan transportasi yang kurang memadai, O: keluarga kooperatif. Memotivasi Tn. S dan keluarga untuk memutuskan jika ada anggota yang sakit harus diperiksa ke tempat pelayanan kesehatan. S : anggota keluarga mengagggukkan kepala, O: Tn, S kooperatif. Menjelaskan kepada Tn. S tentang pentingnya memeriksakan kesehatan ketempat pelayanan kesehatan. S: Tn. S dan keluarga mendengarkan penjelasan perawat, O: keluarga kooperatif. Memotivasi Tn. S untuk mengikuti pengobatan gratis yang diselenggarakan oleh perawat. S : Tn. S bersedia ikut pengobatan gratis, O: Tn. S tampak senang dengan adanya pengobatan gratis.

Berdasarkan data pengkajian seharusnya masih ada salah satu diagnosa keperawatan yang seharusnya masih bisa diangkat menjadi masalah kesehatan, yaitu kerusakan penatalaksanaan kesehatan rumah berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal lingkungan yang sehat, tapi penulis tidak mengangkat masalah itu menjadi diagnosa keperawatan.

Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah adalah keadaan ketika seseorang individu atau keluarga mengalami atau beresiko mengalami kesukaran dalam memelihara lingkungan rumah yang aman, higienik, menghasilkan pertumbuhan. (Carpenito, 2006)

Batasan karakteristik mayor : kesulitan dalam memelihara higiene rumah , kesulitan dalam memelihara keamanan rumah, ketidak mampuan

untuk menjaga rumah, keuangan kurang mencukupi. Batasan karakteristik minor : infeksi berulang, akumulasi sampah, terlalu kumuh, bau yang menusuk hidung, infestasi, peralatan memasak dan peralatan makanan tidak dicuci. (Carpenito, 2006)

Diagnosa diatas seharusnya bisa ditegakkan karena penulis mendapatkan beberapa data yang menunjang yaitu Tn. S mengatakan membuang sampah disembarang tempat yaitu dilahan kosong yang berada di depan rumah klien. Namun penulis tidak mengakat masalah tersebut menjadi diagnosa karena keterbatas data, dan waktu.



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan dapat disimpulkan bahwa :

1. Didapatkan data dua masalah keperawatan yang layak diangkat karena didukung oleh data yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif serta manajemen regimen terapeutik tidak efektif. Namun demikian, berdasarkan data dari hasil pengkajian, terdapat satu masalah keperawatan yang seharusnya dimunculkan yaitu Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
2. Untuk menyelesaikan masalah kesehatan pada diagnosa pertama tindakan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan kesehatan kepada keluarga. Pada diagnosa kedua tindakan yang dilakukan adalah memberi penjelasan tentang pentingnya memeriksakan kesehatan ke tempat pelayanan kesehatan dan memotivasi.
3. Dalam pemberian asuhan keperawatan, penulis menemukan beberapa sedikit faktor penghambat dan faktor pendukung. Hambatan yang ditemukan adalah kesulitan dalam mengumpulkan anggota keluarga. Dan faktor pendukungnya adalah keluarga selalu kooperatif ketika penulis memberikan asuhan keperawatan.



## B. Saran

Berdasarkan dari pembahasan dapat disarankan

### 1. Bagi Keluarga dan Klien

Hendaknya keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk pencegahan dan perawatan masalah hipertensi.

### 2. Bagi Lahan Praktik

Mempertahankan sikap kooperatif dalam memfasilitasi proses pembelajaran bagi peserta PBL khususnya penyampaian informasi bagi warga terkait dengan program pembelajaran yang dilakukan oleh mahasiswa.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Meningkatkan khasanah ilmu pengetahuan sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pemberian asuhan keperawatan keluarga.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. 2009. *Cara Mudah Memahami Dan Menghindari Hipertensi, Jantung Dan Stroke*. Edisi Pertama. CV. Diamloka : Yogyakarta
- Carpenito, L.J, 2006, *Buku Saku Keperawatan*, Edisi ke-10, alih Bahasa Yasmin Asih, EGC, Jakarta.
- Charlene J, Reeves. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah* : Edisi Pertama. Salemba Medika : Jakarta.
- Davey, Patric. 2003. *At a Glance Medicine*. Penerbit Erlangga : Jakarta.
- Donna L, Wong ... et all. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pedriatik*. Cetakan Pertama. Jakarta: EGC.
- Gleade Jonathan. 2005. *At a Glance Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik*. Erlangga : Jakarta.
- Hadibroto, Iwan. 2004. *Hipertensi*. Edisis Pertama. PT. Gramedia Pustaka Utama : Jakarta.
- Henny Achjar, Komang Ayu, 2010. *Aplikasi Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Ruhyanudin, Faqih. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. UPT. Penerbitan Universitas Muhamadiyah Malang : Malang.
- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Edisi Pertama. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer. Suzzanne C. 2002. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth* : Edisi 8. Alih Bahasa Agung Waluyo.. (et al.);editor edisi bahasa indonesia Monica Ester.. (et. El.). EGC. Jakarta.
- Sudiharto. Editor Ns. Esty Wahyuningsih, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Cetakan Pertama. Jakarta: EGC.

Susalit, E. Kapojos .E.J. Lubis .H.R. 2001. *Ilmu Penyakit Dalam* Jilid II. Edisi ke-3. FKUI : Jakarta

Tjokronegoro Arjatmo, Hendra Utama, 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* Jilid II. Edisi ke-3. FKUI: Jakarta.

Yulianti, Sufrida, 2006. 30 Ramuan Penakluk Hipertensi. Jakarta: ArgoMedia Pustaka.

