

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. V  
DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA NY. S  
DI KELURAHAN MUKTI HARJO KIDUL RT 06 / RW 23  
KECAMATAN PEDURUNGAN  
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**RIZAL FAUZI  
NIM. 89. 33. 12910**

**PRODI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan 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. Aspahan, S. Kep, Ns)

NIK: 210900008



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari jum'at tanggal 04 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 04 Juni 2010

Tim Penguji,

Penguji I



( Moch. Aspihan, S. Kep, Ns )

NIK : 210900008

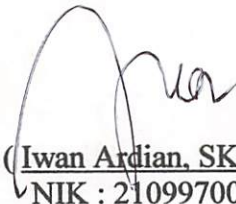
Penguji II



( Iskim Lutfah, S. Kep, Ns )

NIK : 210909014

Penguji III



( Iwan Ardian, SKM )

NIK : 210997003

## HALAMAN MOTTO

Usaha yang diiringi dengan doa adalah kunci keberhasilan. Maka dari itu dalam berusaha sebaiknya sambil diiringi dengan doa, karena dengan usaha dan doalah kita dapat merubah keajaiban.



## KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Dengan segenap puji syukur kepada ALLAH SWT, atas rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TN. V, DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA NY. S, DI KELURAHAN MUKTI HARJO KIDUL RT 06 / XXIII, KECAMATAN PEDURUNGAN KOTA SEMARANG**”

Dalam penyusunan laporan kasus ujian kompetensi ini penulis menemui berbagai hambatan namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak maka masalah tersebut dapat diatasi. Maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M. Sc, M. Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM, selaku Ketua Program Diploma D3 Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Moch. Aspihan, S.Kep Ns, selaku pembimbing dalam penyusunan Asuhan Keperawatan Keluarga ini.
5. Bapak dan Ibu dosen yang selama ini telah memberikan ilmu pada kami selama kurang lebih tiga tahun.
6. TIM penguji laporan kasus ujian komprehensif ini.

7. Uma dan Abah tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang yang telah membesarkan, mendidik, mendoa'kan dan memberikan motivasi dan semangat untuk kesuksesan putranya.
8. Keluarga besarku terima kasih atas dukungan dan bantuan yang selama ini telah diberikan.
9. Seseorang yang sangat saya kagumi, terima kasih atas doa, dukungan dan perhatian yang kamu berikan kepada saya.
10. Semua teman-teman yang telah menyumbangkan pikiran, fasilitas, dan memberikan support.

Penulis menyadari Asuhan Keperawatan Keluarga ini jauh dari sempurna dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang penulis miliki. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang.

Semoga Asuhan Keperawatan Keluarga ini dapat bermanfaat bagi penulis dan untuk semua pembaca dalam menambah pengetahuan dan wawasan dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga yang kita berikan kepada keluarga selama di rumah.

Segala sesuatunya kita kembalikan, semoga ALLAH SWT memberikan balasan setiap amal perbuatan yang baik.

Semarang, Mei 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
<b>BAB I: PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan penulisan .....	3
C. Manfaat penulisan .....	4
<b>BAB II: KONSEP DASAR</b>	
A. Konsep Keluarga .....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tipe keluarga.....	6
3. Fungsi keluarga .....	7
4. Tahap dan tugas perkembangan keluarga .....	8
5. Prinsip penatalaksanaan keluarga.....	16
6. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan.....	21
B. Konsep Dasar Medis .....	22
1. Definisi .....	22
2. Etiologi .....	23
3. Patofisiologi .....	24

4. Manifestasi klinik .....	26
5. Pemeriksaan penunjang .....	27
6. Komplikasi .....	28

### BAB III: RESUME KEPERAWATAN

1. Pengkajian .....	30
2. Analisa data .....	42
3. Diagnosa keperawatan dan scoring .....	43
4. Intervensi .....	44
5. Implementasi .....	46
6. Evaluasi .....	48

### BAB IV: PEMBAHASAN

1. Pengkajian .....	49
2. Diagnosa keperawatan .....	56

### BAB V: PENUTUP

1. Kesimpulan .....	64
2. Saran .....	65

### DAFTAR PUSTAKA

### DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar konsultasi
2. Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. V khususnya pada Ny. S dengan hipertensi.



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti strok untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung. Penyakit ini telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara yang ada di dunia. Diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, diperkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan penambahan penduduk saat ini ( Riqwana Miruddin, 2006).

Pada tahun 1995 Survei Kesehatan Rumah Tangga menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia sudah mencapai 83/1.000 anggota rumah tangga. Wanita lebih banyak yang terkena dibandingkan pria. Survei yang sama sebelumnya tahun 1986, hipertensi disebutkan sebagai penyebab utama kematian pada penderita jantung koroner di Indonesia. Jumlah kasusnya 428/100.000 kematian. Hipertensi yang sudah mencapai tahap lanjut, artinya sudah terjadi bertahun-tahun, bisa dirasakan gejalanya. Biasanya muncul; sakit kepala, napas pendek, pandangan mata kabur dan gangguan tidur (Senio, 2005).

Akhir-akhir ini, banyak sekali masyarakat yang menderita hipertensi karena kurang mengenal pencegahan timbulnya hipertensi. Kemungkinan yang lain dari timbulnya penyakit hipertensi adalah kurangnya kemauan masyarakat untuk memiliki pola hidup yang sehat. Banyak masyarakat yang sudah mengetahui cara pencegahan timbulnya serangan hipertensi, akan tetapi banyak juga yang tidak mampu melaksanakan apa yang mereka tahu (Boedhi Darmojo 2007)

Angka-angka prevalensi hipertensi di Indonesia telah banyak dikumpulkan dan menunjukkan, di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Baik dari segi case-finding maupun pelaksanaan pengobatan jangkauanya masih sangat terbatas dan sebagian besar penderita hipertensi tidak mempunyai keluhan. Prevalensi terbanyak berkisar antara 6 samppai dengan 15 % tetapi angka-angka ekstrim rendah seperti di Ungaran, Jawa Tengah 1,8% : Lembah Balim Pegunungan Jaya Wijaya, Irian Jaya 0,6 % : dan Talang Sumatera Barat 17,8%. Nyata disini, dua angka yang dilaporkan oleh kelompok yang sama pada 2 daerah pedesaan di Sumatera Barat menunjukkan angka yang tinggi. Oleh sebab itu perlu diteliti lebih lanjut, demikian juga angka yang relatif sangat rendah (<http://yasirblogspoycom>. Blobspot. Com)

Dari data diatas maka hipertensi merupakan masalah yang rawan, meskipun upaya pengobatan telah dilaksanakan. Hal ini karena adanya faktor yang menghambat antara lain gaya hidup penderita, umur, riwayat keluarga etnik, dan lain-lain. Pelaksanaan ini memerlukan jangka waktu

yang lama dan perawatannya melibatkan berbagai profesi kesehatan antara lain dokter, perawat, ahli gizi, dan lain-lain (Price Sylvia)

Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, maka penulis tertarik untuk menelaah kasus hipertensi dalam karakter keperawatan keluarga, agar dapat mengetahui lebih lanjut permasalahan yang ada dan cara mengatasinya.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memahami penerapan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn.V, khususnya pada Ny.S, dengan hipertensi

### **2. Tujuan Khusus:**

- a. Teridentifikasinya masalah keperawatan pada keluarga Tn.S, khususnya Ny.S, yang menderita hipertensi
- b. Teridentifikasinya intervensi keperawatan yang tepat pada keluarga Tn.V, khususnya Ny.S, yang menderita hipertensi dalam konteks keperawatan keluarga
- c. Teridentifikasinya pemecahan masalah pada keluarga yang menderita hipertensi

### **C. Manfaat Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini di buat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait antara lain:

1. Bagi penulis:

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya pada klien dengan hipertensi dalam konteks keperawatan keluarga.

2. Bagi pasien dan keluarga:

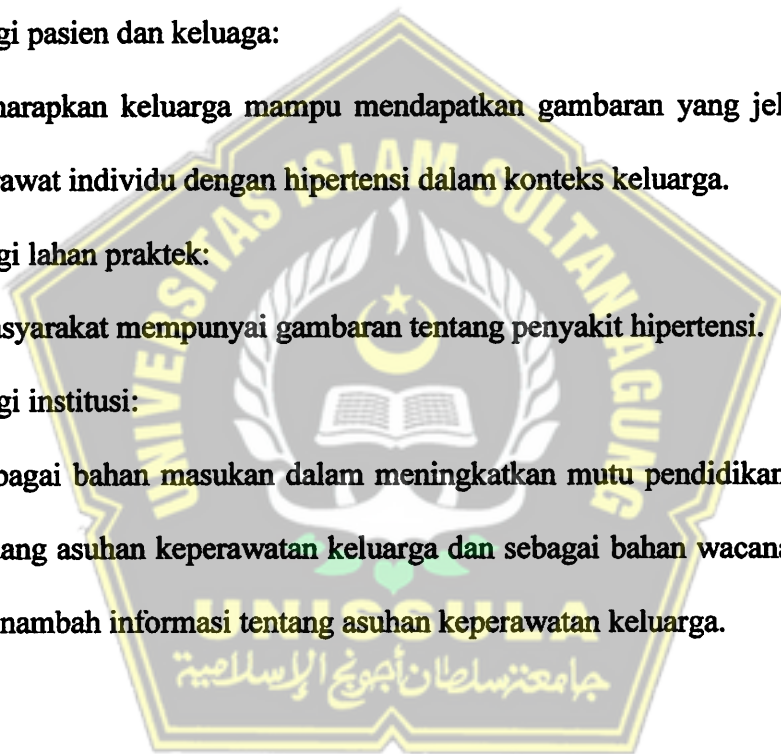
Diharapkan keluarga mampu mendapatkan gambaran yang jelas dari perawat individu dengan hipertensi dalam konteks keluarga.

3. Bagi lahan praktek:

Masyarakat mempunyai gambaran tentang penyakit hipertensi.

4. Bagi institusi:

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



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. KONSEP KELUARGA**

##### **1. PENGERTIAN**

Menurut Departemen Kesehatan RI 1988, dikutip dalam Sudiharto (2007) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Menurut duvall dan logan 1986, dikutip dalam Arita Murwani (2007) keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental emosional serta social dari tiap anggota keluarga.

Menurut Bailon dan Maglaya 1989, dikutip dalam Setiadi (2008) keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Menurut BKKBN (1999), keluarga adalah dua orang atau lebih yang di bentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkunganya.

Menurut Fridman 1998, dikutip dalam Sudiharto (2007) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Dari pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dengan ikatan perkawinan, hubungan darah atau adopsi. Anggota keluarga biasanya hidup bersama, berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial suami, istri, anak (kakak-adik) di mana semua dalam keadaan saling ketergantungan.

## 2. TIPE KELUARGA

Menurut Arita Murwani (2007) tipe keluarga dibagi menjadi menjadi dua yaitu:

### a. Tipe keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami,istri,dan anak(Kandung atau angkat).
- 2) Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya : kakek, nenek, keponakan,paman, bibi.
- 3) Keluarga “Dyad”, yaitu sesuatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.

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

b. Tipe keluarga Nontradisional

- 1) “Commue family”, yaitu lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- 2) Orangtua (suami-istri) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup dalam satu rumah tangga.
- 3) “Homoseksual”, yaitu dua individu yang sejenis (laki-laki) hidup satu rumah tangga.

### 3. FUNGSI KELUARGA

Menurut Friedman (1998) dikutip dalam Setiadi (2008) secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi.

#### 4. TAHAP DAN TUGAS PERKEMBANGAN KELUARGA

Menurut Arita Murwani (2007) tahap dan tugas perkembangan keluarga adalah:

##### a. Pasangan Baru (Keluarga Baru)

Keluarga baru di mulai saat masing-masing individu laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Karena masih banyak kita temui keluarga baru yang tinggal dengan orang tua, maka yang di maksud dengan meninggalkan keluarga di



sini bukanlah secara fisik. Namun secara psikologis, keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru.

Dua orang yang membentuk keluarga perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Tugas perkembangan tahap ini adalah:

- 1) Membina hubungan intim yang memuaskan
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak

Keluarga baru ini merupakan anggota dari tiga keluarga , yaitu keluarga suami, istri serta keluarga sendiri masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Hal lain yang perlu di putuskan pada tahap ini adalah kapan waktu yang tepat untuk mendapatkan anak dan jumlah anak yang di harapkan.

b. Keluarga “*Child bearing*”(keluarga anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran di mulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu di siapkan oleh pasangan suami istri. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Persiapan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga: peran, interaksi, hubungan seksual, dan kegiatan
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan

Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan peranya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Sering terjadi dengan kelahiran bayi, pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Peran utama perawat keluarga adalah mengkaji peran orang tua; bagaimana orang tua berinteraksi dan merawat bayi serta bagaimana bayi berespon. Perawat perlu memfasilitasi hubungan orang tua dan bayi yang positif dan hangat sehingga jalinan kasih sayang antara bayi dan orang tua dapat tercapai.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 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) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot)
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak

Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orang tua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami, istri, dan pekerjaan dapat terpenuhi. Orang tua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan hubungan kerja sama antar suami istri. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai.

d. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini di mulai saat anak masuk 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. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang

mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Untuk itu keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Membantu sosialisasi anak, tetangga, sekolah dan lingkungan
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

Pada tahap ini orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi baik aktivitas sekolah maupun luar sekolah.

e. Keluarga dengan anak remaja

Tahap ini di mulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 67 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah untuk melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dalam keluarga

3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua.

Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan

4) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya sementara orang tua mempunyai hak untuk mengontrol aktivitas anak. Dalam hal ini orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja tetap harmonis.

f. Keluarga dengan Anak Dewas (Pelepasan)

Tahap ini di mulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika ada anak yang belum bekeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup sendiri. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan

- 3) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- 4) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
- 5) Pemantauan kembali peran kegiatan rumah tangga

Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa 'kosong' karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orang tua perlu melakukan aktivitas kerja, meninggalkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak.

**g. Keluarga usia pertengahan**

Tahap ini di mulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga perlu melakukan tugas-tugas perkembangan berikut:

- 1) Mempertahakan kesehatan
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak

### 3) Meningkatkan keakraban pasangan

Setelah semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas: pola hidup yang sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup dan pekerjaan, dan sebagainya. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi (anak dan cucu) sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek-nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian masing-masing pasangan.

#### h. Keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Dengan memenuhi tugas-tugas perkembangan pada fase ini diharapkan orang tua mampu beradaptasi menghadapi stressor tersebut. Tugas-tugas perkembangannya antara lain:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat
- 5) Melakukan 'live review'

Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya; lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anaknya. Menurut hasil riset Day and Day (1993). Wanita yang tinggal dengan pasangannya memperlihatkan adaptasi yang lebih positif dalam memasuki masa tuanya dibandingkan dengan wanita yang tinggal bersama teman-teman sebayanya. Orang tua juga perlu melakukan 'life review' dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu. Hal ini berguna agar orang tua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

## **5. PRINSIF PENATALAKSANAAN KELUARGA**

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

### **a. Tindakan preventif antara lain :**

Dengan melakukan pencegahan agar keluarga tidak mengalami penyakit hipertensi mencegah supaya penyakit hipertensi



tidak tambah parah, caranya yaitu dengan mengubah pola makan klien, seperti mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya. Anjurkan untuk menurunkan berat badan, sering olah raga, dan menghindari stress, rokok serta alkohol.

b. Tindakan promotif antara lain :

Dengan memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kepada keluarga supaya keluarga mengerti tentang apa itu penyakit hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, serta mengerti penatalaksanaan yang tepat untuk penyakit hipertensi.

c. Tindakan kuratif antara lain :

Hipertensi tidak dapat di obati tetapi dapat di berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi diantaranya:

1). Non farmakologis

Menurut Patrick Davey (2005) tindakan kuratif untuk non farmakologis.

- a) Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas ideal.
- b) Merubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolestrol darah tinggi. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan

kalsium, magnesium dan kalium yang cukup) dan mengurangi alcohol.

c) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat. Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.

d) Berhenti merokok.

## 2). Farmakologis

Menurut Faqih Ruhyandudin (2007) tindakan kuratif untuk farmakologis.

a) Diuretic thiazide, membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretik juga menyebabkan pelebaran pembuluh darah. Diuretik menyebabkan hilangnya kalium melalui air kemih, sehingga kadang diberikan tambahan kalium atau obat penahan kalium. Efektif pada orang kulit hitam, lanjut usia, kegemukan, penderita gagal jantung, dan penyakit ginjal menahun.

b) Penghambat adrenergik seperti kelompok obat alfa-blocker, beta-blocker, alfa-beta-blocker labetamol, yang menghambat efek system saraf simpatis. System saraf simpatis adalah system saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara

meningkatkan tekanan darah. Efektif pada penderita usia muda, pernah mengalami serangan jantung, denyut jantung cepat, angina pectoris (nyeri dada), dan sakit kepala migren.

- c) *Angiotensin Converting enzyme inhibitor* (ACE-inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri. Efektif pada orang kulit putih, usia muda, penderita gagal jantung, penderita dengan protein dalam air kemihnya yang disebabkan oleh penyakit ginjal menahun atau penyakit ginjal diabetik, dan pria yang menderita impotensi sebagai efek samping dari obat lain.
- d) *Angiotensin-II-blocker* menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan ACE-inhibitor.
- e) Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang benar-benar berbeda. Efektif pada orang kulit hitam, lanjut usia, penderita angina pectoris (nyeri dada), denyut jantung yang cepat, dan sakit kepala migren.
- f) Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah.
- g) Kedaruratan hipertensi (misalnya hipertensi maligna) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi

dengan segera diantaranya intravena yaitu diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, dan labetalol.

3). Tradisional

- a) Mengkudu khasiatnya untuk menurunkan kolestrol tinggi dan menurunkan kadar gula darah. Dosisnya : 2-3 buah matang.
- b) Daun seledri, mentimun, dan belimbing khasiatnya untuk menurunkan tekanan darah.
- c) Bawang putih khasiatnya mencegah aterosklerosis, antikoagulan (menghancurkan penggumpalan darah).
- d) Jantung pisang khasiatnya untuk mencegah stroke dan perdarahan otak, baik untuk jantung dan pembuluh darah.
- e) Rumput laut khasiatnya dapat menormalkan tekanan darah dan dapat menurunkan kolestrol tinggi.

d. Tindakan rehabilitatif

Tindakan ini dapat membantu seseorang mengurangi atau mengontrol tekanan darahnya. Kegunaan dari tindakan ini antara lain dapat meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi timbulnya hipertensi yang terkait aterosklerosis, dapat mengurangi denyut jantung, dan menghambat respon stress saraf simpatis. Cara rehabilitasinya antara lain : olah raga, teknik relaksasi, dan sebagainya.

## 6. TUGAS KELUARGA DALAM BIDANG KESEHATAN

Freeman (1981) dikutip dalam Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya

perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadarinya perubahan maka perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan sebaiknya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendirinya karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada)

## **B. KONSEP MEDIS**

### **I. DEFINISI**

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari pada 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik (140/90) (Elizabeth J. Corwin, 2001).

Hipertensi didefinisikan oleh Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JIVC) sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/190 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna. (Faqih Ruhyanudin, 2007).

Tekanan darah (TD) didistribusikan terus menerus. Insidensi terjadinya komplikasi berbanding lurus dengan tekanan darah, jadi tidak ada definisi absolut untuk hipertensi tetapi biasanya bermanfaat untuk tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang menetap (Patrick Davey, 2005).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg.

## II. ETIOLOGI

### A. Penyebab hipertensi berdasarkan caranya adalah :

1. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya.
2. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga arteri tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut.
3. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah.

### B. Menurut jenisnya, penyebab hipertensi dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Hipertensi primer atau esensial

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Terjadi pada 95 % penderita hipertensi. Hipertensi Primer suatu kombinasi antara berbagai factor factor genetic dan lingkungan yang menyebabkan fenotipe hipertensif (Patrick Davey, 2005).

## 2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang sudah diketahui penyebabnya dan sekitar 5% dari kasus hipertensi yaitu:

- a. Penyakit parenkim ginjal (3%)
- b. Penyakit renovaskular (1%)
- c. Endokrin (1%)
- d. Sindrom cushing
- e. Hyperplasia adrenal kongenital
- f. Feokromositoma
- g. Koarktaio aorta
- h. Kaitan dengan kahamilan
- i. Akibat obat

(Huon H. Gray, 2005)

### III. PATOFISIOLOGI

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat 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 sistem 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 sensitive 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 respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin 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. Untuk pertimbangan gerontology. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem 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 (<http://nursingbegin.com/askep-hipertensi/>).

#### IV. MANIFESTASI KLINIK

Sebagian besar manifestasi klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun, dan berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranium.

- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler

(Elizabeth J. Corwin, 2001).

## **V. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Selain dengan alat pengukur tekanan darah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui hipertensi adalah :

- a. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan ureum, kreatinin, kalium, kalsium, urinalisis, asam urat, dan glukosa darah.
- b. Pemeriksaan khusus meliputi rennin dalam plasma dan VMA dalam urin dilakukan jika ada indikasi.
- c. Elektrokardiografi
- d. Pielografi intravena
- e. Foto dada.

(Arjatmo Tjokronegoro, 2001)

## VI. KOMPLIKASI

### a. Stroke

Dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non-otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang memperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

### b. Infark miokardium

Apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hambatan listrik melalui ventrikel sehingga terjadi disritmia hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. Ensefalopati (kerusakan otot)

Dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

e. Komplikasi lainnya

Wanita dengan PIH dapat mengalami kejang. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir rendah akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, dapat mengalami hipoksia dan asidosis apabila ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses kehamilan.

(Elizabeth, 2001)

## **BAB III**

### **RESUME KEPERAWATAN**

#### **A. PENGKAJIAN**

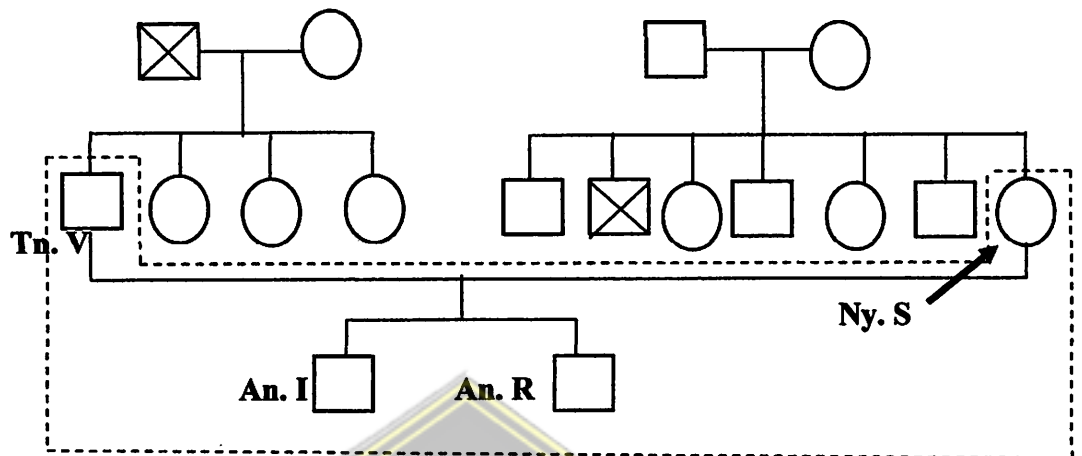
Pengkajian dilakukan pada hari senin, tanggal 3 mei 2010 di kelurahan mukti harjo kidul RT 06 / RW 23, Kecamatan Pedurungan Semarang.

##### **1. IDENTITAS UMUM KELUARGA**

Identitas kepala keluarga : Nama Tn.v, umur 42 tahun, agama islam, suku jawa, pendidikan SMA, pekerjaan SWASTA (karyawan pabrik), Alamat Dempel Asri RT 06 RW 23.

Komposisi keluarga : Ny.S, jenis kelamin perempuan, umur 38 tahun, hubungan dengan kepala keluarga seorang istri, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan SMA. An.I, jenis kelamin laki-laki, umur 11 tahun, hubungan dengan kepala keluarga seorang anak, pekerjaan masih sekolah, pendidikan SD. An.R, jenis kelamin laki-laki, umr 7 tahun, hubungan dengan kepala keluarga seorang anak, pekerjaan masih sekolah, pendidikan SD.

Genogram :



Keterangan:

- : laki-laki
- : perempuan
- ↗ : klien
- : tinggal satu rumah
- ⊗ : Meninggal

Type keluarga : keluarga Tn.V, termasuk tipe keluarga (inti) yaitu pasangan suami istri dan mempunyai dua orang anak yang tinggal dalam satu rumah. Di mana seorang suami (ayah) bekerja sebagai karyan pabrik dan jarang berkumpul dengan keluarga dikarenakan seorang suami (ayah) bekerja terus.

Suku bangsa : bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa .  
Tn.V, adalah penduduk Jawa asli dan berasal dari suku Jawa, dalam keluarga tidak terdapat adat istiadat yang mengikat dan tidak ada

pantangan atau hal-hal yang lain asalkan tidak bertentangan dengan budaya dan agama tertentu. Menurut kebiasaan atau budaya yang berhubungan dengan kebiasaan dirasakan tidak ada.

Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan : semua anggota beragama islam. Jarang sekali melakukan shalat berjamaah dikarenakan jarang sekali waktu untuk berkumpul. Tidak ada pantangan atau hal-hal lain asalkan tidak bertentangan dengan agama.

Status sosial ekonomi keluarga : anggota keluarga yang mencari nafkah adalah suami (ayah), dengan penghasilan rata-rata kurang lebih 500.000-1.000.000, upaya yang lain tidak ada. Harta benda yang dimiliki perabotan rumah tangga lengkap, transportasi satu buah sepeda motor. Kebutuhan pokok yang dikeluarkan tiap bulan kurang lebih 600.000.

Aktivitas rekreasi keluarga : keluarga melakukan rekreasi tidak tentu. Biasanya dalam satu tahun hanya satu kali yaitu pada saat lebaran. Untuk rekreasi sehari-hari yaitu dengan menonton TV dan jalan-jalan bersama keluarga.

## 2. RIWAYAT DAN TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

Tahap perkembangan keluarga saat ini : keluarga dengan anak sekolah, Ny.S, mengatakan memberi kebebasan kepada anak-anaknya untuk bermain di lingkungan mana aja baik di luar rumah maupun di sekolah asal ingat waktu. Ny. S mengatakan tidak pernah mengalami



masalah yang serius dalam keluarga, hubungan Tn.V dan Ny.S selalu baik dan rukun jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan secara kekeluargaan. Tn.V, setiap hari bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga baik kebutuhan pokok maupun kebutuhan sekolah anak-anaknya dengan bekerja sebagai karyawan pabrik, penghasilan perbulan kurang lebih 500.000 – 1.000.000

Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan kendalanya : berdasarkan dari hasil wawancara dengan Ny.S, beliau mengatakan semua kebutuhan kedua anaknya sudah terpenuhi, walaupun dalam memenuhi kebutuhan agak sedikit kurang karena penghasilan yang tidak sesuai dengan tuntutan kehidupan yang semakin meningkat.

Riwayat kesehatan keluarga saat ini : dalam keluarga tidak ada yang mengalami sakit, selain Ny.S, yang menderita penyakit hipertensi.

Riwayat penyakit keturunan : keluarga dari pihak Tn.V, tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan, dan dari pihak Ny.S, orang tua perempuan (ibu) dan kakak yang no 2 mempunyai riwayat diabetes mellitus.

Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga : Tn.V, umur 45 tahun, berat badan 58 kg, keadaan kesehatan baik (sehat), masalah kesehatan tidak ada keluhan, tindakan yang telah dilakukan TTV dan timbang berat badan. Ny.S, umur 38 tahun, berat badan 47

kg, keadaan kesehatan kadang merasa pusing, pandangan berkunang-kunang dan tangan kanan terasa jimpe-jimpe, masalah kesehatan Ny.S menderita penyakit hipertensi, tindakan yang telah dilakukan TTV, timbang berat badan, dan penkes tentang hipertensi. An.I, umur 11 tahun, berat badan 25 kg, keadaan kesehatan baik (sehat), imunisasi lengkap, masalah kesehatan tidak ada keluhan, tindakan yang telah dilakukan TTV dan timbang berat badan. An.R, umur 7 tahun, berat badan 15 kg, keadaan kesehatan baik (sehat), imunisasi lengkap, masalah kesehatan tidak ada keluhan, tindakan yang telah dilakukan TTV dan timbang berat badan.

Sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan : apabila dalam keluarga ada yang sakit sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan adalah puskesmas terdekat.

Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya : sebelumnya keluarga tidak mengetahui bahwa dalam keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi. Biasanya daalam keluarga hanya mengalami sakit biasa seperti demam, batuk, pilek. Ny.S, mengatakan sering mengeluh pusing dan pandangan berkunang-kunang, setelah diperiksakan ke puskesma terdekat ternyata dalam keluarga yaitu NyS, menderita penyakit hipertensi.

### 3. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

Karakteristik rumah : rumah Tn.V, terdiri dari ruang tamu, satu kamar tidur, ruang keluarga, dan dapur. Ukuran rumah 7 x 9, tipe

rumah permanen, terdapat dua ventilasi di ruang tamu dan kamar tetapi jarang di buka, septictenk ada terletak di dalam rumah bagian dapur, sumber air minum yang di gunakan keluarga PDAM tapi di masak lagi, terdapat satu kamar mandi atau WC di dalam rumah bagian dapur, lingkungan sekitar kurang bersih karena tidak ada tempat untuk pembuangan sampah dan warga sekitar juga membuang sampah di sembarang tempat.

Karakter tetangga komunitas RW : Ny.S, mengatakan lingkungan rumah tangga mayoritas berasal dari jawa, jadi mempunyai adat kebiasaan yang sama seperti : Ibu-ibu PKK dan arisan. Pergaulan dengan lingkungan cukup baik, walaupun Tn.V sibuk bekerja dan jarang sekali ngobrol dengan tetangga.

Mobilitas geografis keluarga : asal Tn.V, kota S dan tinggal satu kampung dengan Ny.S, sebelum menikah. Kemudian setelah menikah Tn.V dan Ny.S tinggal serumah dan mempunyai dua orang anak.

Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat : Tn.V dan Ny.S mengikuti arisan dan jika tidak ada kesibukan bekerja Tn.V selalu menyempatkan diri untuk menghadiri kegiatan-kegiatan yang ada di RT.

Sistem pendukung keluarga : dalam keluarga baik dari pihak Tn.V dan Ny.S sering kali membantu jika salah satu anggota keluarga ada yang mengalami masalah. Jarak keluarga dengan tetangga sangat

dekat dan antar tetangga saling membantu dan mengajak bertukar pikiran saat dibutuhkan.

#### 4. STRUKTUR KELUARGA

Pola/cara komunikasi keluarga : pola komunikasi yang di gunakan adalah pola komunikasi terbuka. Setiap anggota keluarga bebas menyampaikan keluhan ataupun anggapan, hal ini dapat terlihat dari pembicaraan anggota keluarga saat perawat berkunjung.

Struktur kekuatan keluarga : dalam keluarga semua keputusan ada di tangan Tn.V, karena Tn.V sebagai kepala keluarga. Tetapi jika Tn.V tidak ada keputusan ada di tangan Ny.S. apabila ada pendapat dari anggota keluarga maka akan di bicarakan bersama, dalam menyelesaikan masalah ataupun memutuskan sesuatu harus berdasarkan hasil keputusan bersama.

Struktur peran : Tn.V sebagai kapala keluarga yang memenuhi semua kebutuhan ekonomi keluarga dan Ny.S sebagai ibu rumah tangga yang mengerjakan atau mengatur semua pekerjaan rumah seperti : memasak, menyapu, mengurus anak, dan memenej keuangan. Anak-anak berperan sebagai anak sekolah yang harus belajar dan patuh kepada orang tua.

Nilai dan norma keluarga : menurut Ny.S, semua anggota keluarganya berusaha menyesuaikan dengan lingkungan sekitarnya. Nilai yang ada daam keluarga merupakan gambaran nilai dari agma yang diaut, tidak terlihat adanya konflik dalam nilai dan tidak ada

yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga dalam menggunakan nilai yang di yakini oleh keluarga dan juga tidak bertentangan dengan masyarakat sekitarnya.

## 5. FUNGSI KELUARGA

Fungsi afektif : keluarga Tn.V, merupakan keluarga yang menyenangkan. Mereka hidup dan tinggal serumah bersama istri dan anak-anaknya yang selalu menghormati dan menyayangnya. Tn.V dan Ny.S selalu mengajarkan kepada anak-anaknya untuk menghormati orang lebih tua dan saling menyayangi satu sama lain.

Fungsi sosialisasi : kerukunan hidup dalam keluarga baik tidak pernah terjadi konflik yang serius, interaksi dan hubungan dalam keluarga baik bebas mengeluarkan pendapat, anggota keluarga yang dominan dalam pengambilan keputusan Tn.V (suami/ayah), kegiatan keluarga waktu senggang kumpul bersama keluarga kadang-kadang jalan-jalan bersama keluarga, partisipasi dalam kegiatan sosial selalu menyempatkan untuk hadir dalam kegiatan sosial jika tidak sibuk bekerja.

Fungsi perawatan kesehatan : keluarga belum mengetahui kalau dalam anggota keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi. Ny.S mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi setelah di periksakan ke puskesmas terdekat. Keluarga belum mengetahui apa itu hipertensi baik itu pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan cara perawatannya, keluarga hanya mengetahui kalau hipertensi itu sama

dengan darah tinggi. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat : keluarga mengatakan apabila dalam keluarga ada yang sakit terutama dibelikan obat diwarung biasa atau apotik jika tidak ada perubahan keluarga akan memeriksakan ke puskesmas terdekat. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit : keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi, Ny.S mengatakan untuk makan masih seperti biasa, tidak ada pantanganya. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat : keluarga belum mampu memelihara lingkungan rumah sehat, Ny.S mengatakan membuang sampah masih di sembarang tempat karena tidak ada tempat pembuangan atau penampungan sampah di area sekitar tempat tinggal atau lingkungan. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat, keluarga bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada seperti puskesmas terdekat untuk mengatasi masalah kesehatan. Ny.S mengatakan apabila dalam keluarga ada yang sakit maka akan di bawa kepuskesmas terdekat.

Fungsi reproduksi : Tn.V dan Ny.S untuk sekarang memiliki dua orang anak dan tidak ada rencana untuk memiliki jumlah anak.

Fungsi ekonomi : untuk memenuhi sandang pangan keluarga masih mampu menggunakan uang penghasilan kerja Tn.V. selain mengikuti arisan keluarga tidak mempunyai penghasilan di masyarakat.

## 6. STRESS DAN KOPING KELUARGA

Stress jangka pendek dan panjang : yang menjadi pikiran keluarga adalah bagaimana cara meningkatkan penghasilan keluarga, keluarga juga memikirkan anak-anaknya yang sekolah semua dan membutuhkan biaya yang cukup banyak.

Respon keluarga terhadap stresor : Ny,S mengatakan bahwa keluarganya bukan tipe keluarga yang selalu memikirkan masalah sampai berlarut-larut dalam arti adalah keluarga yang santai, jika ada masalah selalu di selesaikan dengan tenang dan musyawarah. Setelah mengetahui komplikasi hipertensi Ny.S akan selalu berusaha menjaga kesehatannya dan menghindari makan yang di larang untuk kesehatannya.

Strategi koping : koping yang digunakan yaitu dengan memecahkan masalah bersama-sama, jika ada masalah yang terjadi tidak terselesaikan atau tidak tau jalan keluarnya maka keluarga meminta bantuan kepada keluarga dekatnya.

Strategi adaptasi disfungsional : dalam beradaptasi dengan masalah yang ada keluarga menggunakan adaptasi yang positif karena keluarga menyadari jika menggunakan kekerasan dalam menyelesaikan masalah tidak akan menyelesaikan masalah malah akan semakin berlarut-larut.

## 7. KEADAAN GIZI KELUARGA

Ny.S mengatakan mengkonsumsi makanan 3x sehari, menu makanan nasi, sayuran seperti bayam, sop, sayur asem, lauk pauk seperti ikan, telur, tahu, dan tempe, minuman yang di konsumsi air putih, teh manis dan air es. Makanan selingan yang sering di berikan kepada An.I dan An.R seperti biskuit air susu tetapi tidak teratur di berikan. Cara pengolahan makanan di cuci dulu baru di potong. Porsi makan setiap anggota keluarga sudah memenuhi kebutuhan.

## 8. PEMERIKSAAN FISIK

Tn.V. TD:110/90 mmHg, N:75x/menit, S:36° C, RR:24x/menit, kepala mecocephal, rambut hitam bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, penglihatan baik, hidung bersih, fungsi penghidu baik, telinga simetris, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada : pengembangan dada simetris, tidak ada whezing, perut tidak kembung dan tidak ada nyeri tekan, ekstremitas tidak ada kelainan bentuk, eliminasi : BAB 1-2 x/hari, BAK 4-5 x/hari.

Ny.S. TD:160/100 mmHg, N:86x/menit, S:36° C, RR:22x/menit, kepala mecocephal, rambut hitam bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, penglihatan kurang baik, kadang-kadang kabur, hidung bersih, fungsi penghidu baik, telinga simetris, pendengaran



baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada : pengembangan dada simetris, tidak ada whezing, perut tidak kembung dan tidak ada nyeri tekan, ekstremitas kadang tekuk bagian leher terasa tegang dan tangan kanan terasa pegel seperti kesemutan, eliminasi : BAB:1-2x/hari, BAK:4-5x/hari.

An.I. TD:120/80 mmHg, N:80 x/menit, S:36° C, RR:24 x/menit, kepala mecohepal, rambut hitam bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, penglihatan baik, hidung bersih, fungsi penghidu baik, telinga simetris, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dada : pengembangan dada simetris, tidak ada whezing, perut tidak kembung dan tidak ada nyeri tekan, ekstremitas tidak ada kelainan bentuk, eliminasi : BAB:1-2 x/hari, BAK:6-8 x/hari.

An.R. N:86 x/menit, S:36° C, RR:22 x/menit, kepala mecohepal, rambut hitam bersih, kulit sawo matang, turgor baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, penglihatan baik, hidung bersih, fungsi penghidu baik, telinga simetris, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, leher tidak ada pembesaran tiroid, dada : pengembangan dada simetris, tidak ada whezing, perut tidak kembung dan tidak ada nyeri

tekan, ekstremitas tidak ada kelainan bentuk, eliminasi : BAB:1-2 x/hari, BAK:6-8 x/hari.

## 9. HARAPAN KELUARGA

Terhadap masalah kesehatanya : keluarga berharap bisa mengatasi dan mengerti cara merawat kesehatanya dan keluarga juga berharap untuk sekarang dan kedepan keluarga hidup bahagia bersama anak-anaknya dan anggota keluarga yang sehat.

Terhadap petugas kesehatan : keluarga menginginkan petugas kesehatan dapat memberikan penjelasan dan informasi tentang kesehatan khususnya cara perawatan hipertensi sehingga tidak timbul masalah lagi akibat hipertensi.

## B. ANALISA DATA

Pada hari senin tanggal 3 mei 2010 didapatkan data subjektif Ny.S mengatakan kadang kepala terasa pusing dan pandangan berkunang-kunang dan data objektif Ny.S sering menanyakan masalahnya, TTV: TD:160/100mmHg, N:86x/mnt, S:36°C, RR:22x/mnt. Problem : resiko terjadi gangguan perfusi jaringan perifer pada keluarga Tn.V khususnya Ny.S. etiologi : ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Pada hari senin tanggal 3 mei didapatkan data subjektif Ny.S mengatakan menggunakan air PDAM untuk mandi dan air minum,tapi air minum di masak lagi. Ny.S juga mengatakan membuang sampah

disembarang tempat karena belum ada tempat pembuangan sampah dan data objektif belum memiliki tempat pembuangan sampah, ventilasi atau jendela jarang dibuka, rumah sedikit kotor, pengap, dan berantakan. Problem : kerusakan penatalaksanaan rumah dan lingkungan sehat. Etiologi : ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN SCORING

Diagnosa pertama adalah resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer pada keluarga Tn.V khususnya Ny.S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Kriteria : sifat masalah resiko tinggi, score 2/3x1 pembedanya masalah ini belum terjadi namun tanda dan gejala yang mendukung jika tidak segera ditangani akan berlanjut keaktual. Kriteria : kemungkinan masalah dapat diubah cukup, score 1/2x2 pembedanya masalah masih mungkin untuk diubah dilihat dari keingintahuan Ny.S tentang hipertensi. Kriteria : potensial masalah untuk diubah cukup, score 2/3x1 pembedanya masalah masih dapat dicegah agar tidak berlanjut, tetapi Ny.S masih belum mengerti tentang hipertensi. Kriteria : menonjolnya masalah dirasakan dan tidak segera ditangani, score 1/2x1 pembedanya Ny.S sering merasakan pusing, pandangan berkunang-kunag, dan tangan kanan terasa jimpe-jimpe, tetapi keluarga masih belum memahami apa yang harus dilakukan. Total score : 2 5/6.

Diagnosa kedua yaitu kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenal masalah. kriteria:sifat masalah aktual, score 3/3x1, pembenarannya masalah kerusakan penatalaksanaan rumah dan lingkungan sehat sudah terjadi yaitu rumah agak sedikit kotor dan berantakan, tempat pembuangan sampah tidak ada. Kriteria:kemungkinan masalah untuk diubah cukup, score 1/2x2, pembenarannya masalah telah terjadi dimana rumah terlihat kotor dan berantakan, lingkungan sekitar terlihat kotor karena warga membuang sampah disembarang tempat sehingga perlu merubah prilaku kearah hidup sehat. Kriteria : potensial masalah untuk dicegah cukup, score 2/3x1, pembenaran masalah masih dapat dicegah, tetapi keluarga masih belum mampu menerapkan penatalaksanaan rumah dan lingkungan sehat.kriteria : menonjolnya masalah tidak segera ditangani, score 1/2x1, pembenaran masalah dirasakan betul oleh keluarga dan warga, tetapi tidk segera diatasi. Total score : 2 4/6

#### **D. INTERVENSI**

Pada tanggal 3 mei 2010 diagnosa pertama resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer pada keluarga Tn.V khususnya Ny.S berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Tujuan umum setelah dilakukan tindakan selama 3x pengkajian keluarga mampu mengenal penatalaksanaan hipertensi. Tujuan

khususnya setelah dilakukan pertemuan 1x30mnt dalam sehari diharap keluarga mampu mengenal penatalaksanaan hipertensi yaitu keluarga tahu tentang pengertian hipertensi dan keluarga mengenal cara menurunkan hipertensi dirumah. Intervensi : gali pengetahuan keluarga tentang pengertian hipertensi, jelaskan tanda dan gejala hipertensi, beri penyuluhan pada keluarga tentang penyebab hipertensi, gali pengetahuan keluarga untuk menyebutkan cara tradisional menurunkan hipertensi, jelaskan cara menurunkan hipertensi secara alami, anjurkan untuk mengurangi makanan tinggi garam

Pada tanggal 3 mei 2010 diagnosa kedua kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenal masalah. tujuan umum setelah dilakukan tindakan selama 3x pengkajian keluarga diharap mampu mengenal masalah pemeliharaan lingkungan rumah sehat. Tujuan khususnya setelah dilakukan pertemuan 1x30mnt keluarga dapat mengenal masalah yaitu mampu menyebutkan pengertian ringkasan rumah sehat dan mampu menyebutkan syarat-syarat rumah sehat. Intervensi : gali pengetahuan keluarga tentang lingkungan rumah sehat, beri penjelasan tentang pengerian pemeliharaan lingkungan rumah sehat, jelaskan perbedaan rumah sehat dan rumah kotor, jelaskan syarat-syarat rumah sehat, jelaskan manfaat rumah sehat.

## **E. IMPLEMENTASI**

Pada tanggal 4 Mei 2010 jam 10-10.30 dilakukan implementasi pada diagnosa pertama menggali pengetahuan keluarga tentang pengertian hipertensi, respon subjektif : Ny. S mengatakan hipertensi adalah tekanan darah tinggi dan respon objektif : kooperatif. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi , respon subjektif keluarga mengatakan tidak tahu dan respon objektif : keluarga sering bertanya. Menjelaskan dan memberi penyuluhan tentang penyebab hipertensi, respon subjektif : keluarga mengatakan tidak tahu dan respon objektif : keluarga mendengarkan. Menggali pengetahuan keluarga untuk menyebutkan cara tradisional menurunkan hipertensi, respon subjektif : keluarga mengatakan tidak tahu dan respon objektif : keluarga sering bertanya. menjelaskan cara menurunkan hipertensi secara alami respon subjektif : Ny.S mengatakan hindari stres dan sering berolahraga dan respon objektif kooperatif. Mengajukan untuk mengurangi makan tinggi garam, respon subjektif : Ny.S mengatakan masih makan sembarangan (tidak ada pantangan) dan respon objektif : keluarga mendengarkan.

Pada tanggal 5 Mei 2010 dilakukan implementasi pada diagnosa kedua menggali pengetahuan keluarga tentang lingkungan rumah sehat, respon subjektif keluarga mengatakan tidak tahu dan respon objektif : keluarga menggelengkan kepala. Menjelaskan tentang pengertian tentang rumah sehat secara sederhana yang sesuai dengan standar kesehatan yaitu bersih,tidak ada sampah,ventilasi cukup, respon subjektif : keluarga

mengatakan rumah sehat adalah rumah rumah yang bersih dan tidak berantakan serta ada tempat pembuangan sampah dan respon objektif : keluarga kooperatif. Menjelaskan perbedaan rumah sehat dan rumah kotor. Rumah sehat yaitu bersih, ada ventilasi, ada sarana air bersih, dan ada tempat pembuangan sampah dan rumah kotor yaitu berdebu, ventilasi kurang, tidak memiliki WC/kamar mandi, lembab dan pencahayaan kurang, respon subjektif keluarga mengatakan rumah sehat yaitu ada WC, ada jendela, dan ada tempat pembuangan sampah sedangkan rumah kotor yaitu berdebu, lembab, tidak mempunyai WC, data objektif : kooperatif. Menjelaskan syarat rumah sehat yaitu mempunyai ruang terpisah, setiap ruangan diatur dengan rapi, sinar matahari dapat masuk, ada ventilasi, ada tempat pembuangan sampah, ada sarana air bersih, dan bangunan kuat respon subjektif: keluarga mengatakan syarat rumah sehat yaitu ada jendela, ada tempat sampah, dan ada air bersih dan respon objektif : keluarga kooperatif. Menjelaskan manfaat rumah sehat yaitu dapat mencegah penyakit dan melindungi dari bahaya pencemaran, respon subjektif: Ny.S mengatakan manfaat rumah sehat yaitu dapat mencegah masuknya penyakit.

## F. EVALUASI

Catatan perkembangan pada diagnosa I rabu tanggal 5 mei 2010 adalah subjektif: Ny.S mengatakan kadang-kadang masih terasa pusing, Ny. S juga mengatakan masih makan sembarangan, tidak memperhatikan pola makan untuk kesehatan” objektif: Ny.S terlihat rileks, keluarga masih belum mampu untuk menerapkan pantangan makan bagi keluarga yang menderita penyakit hipertensi khususnya Ny. S. analisa: masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi.

Pada diagnosa II tanggal 5 mei 2010 catatan perkembangannya. Subjektif keluarga mengatakan rumah sehat adalah rumah yang bersih dan tidak berantakan serta tidak ada sampah. Keluarga mengatakan syarat rumah sehat yaitu: ada jendela, ada tempat sampah, ada WC/kamar mandi, dan ada air bersih. Keluarga mengatakan manfaat rumah sehat yaitu rumah tampak bersih, dapat mencegah penyakit, melindungi dari bahaya pencemaran, dan enak ditempati. Keluarga juga mampu menyebutkan perbedaan rumah sehat dan kotor. Rumah sehat yaitu:terdapat ventilasi, tidak pengap, bersih, terdapat WC/kamar mandi sedangkan rumah kotor yaitu:berbau, banyak sampah, dan berdebu. Objektif: keluarga dapat menjelaskan pengertian rumah sehat, keluarga mampu menyebutkan rumah sehat dan manfaat rumah sehat, dan keluarga mampu menyebutkan perbedaan rumah sehat dan kotor. Analisa: masalah teratasi. Planning: pertahankan intervensi dan lakukan pemantauan.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan keluarga yang di lakukan pada keluarga TN.V khususnya Ny.S di Kelurahan Mukti Harjo Kidul. Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 mei 2010. Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan yang di mulai dari Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

#### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian berlangsung selama 3 hari yaitu sejak tanggal 3 mei 2010 sampai dengan 5 mei 2010, melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Dalam wawancara penulis tidak mengalami kesulitan karena keluarga cukup kooperatif. Keluarga selalu menjawab pertanyaan yang penulis ajukan. Sumber-sumber yang digunakan adalah seluruh anggota keluarga. Yang menjadi kendala dalam pengkajian adalah keluarga kadang-kadang menggunakan bahasa jawa, sehingga penulis kurang mengerti dan memahami bahasa yang digunakan oleh keluarga. Untuk mengatasi kendala ini penulis dalam setiap mengkaji sering didampingi teman yang mengerti bahasa jawa. Mengkaji jenis keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga inti berkaitan dengan penyakit (Friedman, 1998). Maka dalam penulisan ini penulis akan mengadakan pembenaran dan penambahan data antara lain sebagai berikut :

1. Riwayat tahap perkembangan keluarga.

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini, penulis tuliskan bahwa tahapan perkembangan keluarga Tn.V adalah anak usia sekolah yang mana tugas perkembangan keluarga ada tiga tugas, tetapi penulis tidak memberikan penjelasan singkat dari ketiga tugas tadi. Adapun uraian dari ketiga tugas perkembangan keluarga Tn.V adalah :

1) Membantu sosialisai anak, tetangga, sekolah dan lingkungan.

Ny.S mengatakan membebaskan anak-anaknya bermain dilingkungan mana aja asal ingat waktu.

2) Mempertahankan keintikan pasangan.

Ny.S juga mengatakan tidak pernah mengalami masalah yang serius dalam keluarga, hubungan Tn.V dan Ny.S selalu baik dan rukun jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan secara kekeluargaan

3) Memenuhi kebutuhan keluarga yang semakin meningkat

Tn.V bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan keluarga engan bekerja sebagai karyawan pabrik dengan penghasilan perbulan kurang lebih 600.000 - 1.000.000.

b. Fungsi keluarga.

1) Fungsi keperawatan keluarga.

Dalam penulisan fungsi perawatan keluarga penulis menuliskan dalam bentuk narasi sehingga kurang jelas fungsi

perawatan keluarga yang bagaimana yang sudah dapat dilakukan oleh keluarga. Seharusnya dituliskan :

a) Mengetal masalah kesehatan.

Sebelumnya keluarga belum mengetahui pasti kalau ada anggota keluarga ada yang menderita hipertensi , Ny.S mengetahui bahwa dirinya menderita hipertensi setelah diperiksa ke puskesmas. Keluarga juga belum mengetahui apa itu hipertensi baik pengertian, penyebab, dan tanda gejalanya. Keluarga hanya mengetahui kalau hipertensi itu sama dengan darah tinggi.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Keluarga Tn.V mengatakan apabila dalam keluarga ada yang sakit terutama dibelikan obat diwarung atau apotik dan jika tidak ada perubahan keluarga akan memeriksakan kepuskesmas terdekat

c) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Ny.S mengatakan masih makan sembarangan ( tidak ada pantangan ), seperti memasak Ny. S masih menggunakan rempah atau bumbu yang tinggi garam, tidak memperhatikan pola makan untuk kesehatan keluarga khususnya Ny.S.

- d) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat

Keluarga mengatakan membuang sampah masih disembarang tempat karena tidak ada tempat pembuangan atau penampungan sampah di sekitar tempat tinggal. Dari hasil observasi keadaan rumah kurang bersih, agak sedikit berantakan.

- e) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

Keluarga mengatakan apabila dalam keluarga ada yang sakit maka keluarga akan membawa atau memeriksakannya ke puskesmas terdekat.

Dalam penulisan data imunisasi dan diet rendah garam penulis kurang cermat dalam memasukkan data sehingga pada pembahasan kali ini penulis akan melengkapi data yang belum ada dan yang harus dicantumkan. Data yang perlu ditambahi yaitu pada kolom imunisasi An.I dan An.R : imunisasi lengkap yaitu DPT diberikan pada saat umur lebih dari 6 minggu, BCG sampai umur 8 bulan, imunisasi hepatitis diberikan 12 jam setelah lahir dan dilanjutkan pada umur 1 dan 6 bulan, imunisasi polio diberikan secara tiga tahap yang pertama diberikan pada saat lahir, yang kedua diberikan pada saat umur dua bulan,

dan yang ketiga diberikan pada saat umur 6 bulan.

Diet rendah garam bagi penderita hipertensi (tekanan darah tinggi) ataupun penyakit ginjal, kondisi tubuh penderita membutuhkan makanan dengan kandungan garam yang sedikit. Konsumsi garam berlebih dapat menyebabkan hipertensi, kerusakan ginjal dan pembuluh darah. Tiap satu sendok teh garam mengandung 2.325 miligram natrium/sodium. Jika Anda dewasa yang sehat, batas aman konsumsi garam 2.300 mg per hari. Jangan melebihi 1.500 mg per hari jika Anda mengalami hipertensi. Pengurangan penggunaan garam yang dimaksud bukanlah dilaksanakan pada semua jenis garam, namun pengurangan yang ada lebih kepada maksud pembatasan jumlah garam atau *natrium klorida* (NaCl) dalam makanan selain penyedap masakan (*monosodium glutamat* = MSG), serta *sodium karbonat*. Sangat dianjurkan pada pelaku diet ini untuk mengonsumsi garam dapur (garam yang mengandung iodium) tidak lebih daripada 6 gram per hari atau setara dengan satu sendok teh. Tujuan dari diet ini adalah untuk membantu menurunkan tekanan darah tinggi serta membantu menghilangkan penimbunan garam atau air dalam jaringan tubuh..

Teknik observasi dan pemeriksaan fisik, berarti mengumpulkan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Dari data observasi dan pemeriksaan fisik didapatkan data sebagai berikut didapatkan data sebagai berikut : luas rumah 7x9, tipe rumah permanen terdiri atas satu kamar tidur, ruang tamu, ruang keluarga, dan dapur, ada dua ventilasi, sumber air minum PDAM, satu WC atau kamar mandi, lingkungan kurang bersih karena tidak ada tempat pembuangan sampah. Pemeriksaan fisik pada Ny.S, TD:160/100mmHg, N:86x/mnt, S:36° C, RR:22x/mnt, BB:47 kg, ekstremitas kadang tekuk bagian leher terasa tegang, tangan kanan terasa pegel seperti kesemutan. Penulis kurang cermat dalam memasukkan data keadaan umum Ny.S yaitu:sadar penuh dengan nilai glasco coma scale (GCS) 15 : Eye : 4, motorik:6, verbal :5. Banyak kesenjangan yang muncul karena penulis kurang teliti dalam melakukan pengkajian sehingga data yang diperoleh kurang lengkap.

Menurut Winslow dan APHA ventilasi digunakan untuk pergantian udara agar mendapat kesegaran badan, selain itu agar kuman-kuman penyakit dalam udara antara lain bakteri dan virus dapat keluar dari ruangan sehingga tidak menjadikan penyakit. ventilasi yang baik dalam

ruangan harus mempunyai syarat yaitu : luas lubang ventilasi tetap minimal 5% dari luas lantai ruangan sedangkan luas insindetil (dapat dibuka ditutup) minimal 5% jumlah keduanya menjadi 10%, jadi luas jendela yang baik paling sedikit mempunyai luas 10-20% dari luas lantai. Luas ventilasi sebaiknya 80cm dari langit-langit sedangkan tinggi jendela yang dapat dibuka tutup dari lantai minimal 80cm dari langit-langit, dan jarak dari langit-langit terhadap jendela minimal 30cm, untuk mencegah gangguan binatang sebaiknya dipasang kasa nyamuk.

Diagnosa keperawatan yang ditegakan oleh penulis mengacu pada konsep dari Friedman's Assessment model yang bukan blended 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 yaitu : mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi suasana rumah dan lingkungan yang menguntungkan, pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

## B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer pada keluarga Ny.S khususnya Ny. S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer adalah suatu keadaan di mana seorang individu berisiko mengalami suatu gangguan sirkulasi, sensasi, atau gerakan ekstremitas. (Carpenito.L.J, 2001)

Penulis mengangkat diagnosa resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit karena dalam pengkajian penulis mendapatkan data : Ny.S mengatakan kadang-kadang kepalanya terasa pusing, pandangan berkunang-kunang, tangan kanan sering jimpe-jimpe (pegel seperti kesemutan), TD:160/100mmHg, N:86x/menit S:36<sup>o</sup>C, dan RR:22x/mnt. Berdasarkan data yang di dapat masalah ini belum terjadi namun tanda dan gejala yang mendukung dan total score 2 5/6 sehingga jika tidak segera di tangani akan berlanjut ke aktual dan berisiko tinggi terhadap komplikasi seperti terjadinya Stroke, Infark miokardium, Gagal ginjal, dan Ensefalopati.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa pertama dengan hasil skor 2 5/6. Menurut Baylon dan Maglaya masalah yang harus ditangani segera karena masalah ini dirasakan atau disadari oleh keluarga.

Untuk mengatasi diagnosa resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat



anggota yang sakit yang bertujuan keluarga mengerti penatalaksanaan hipertensi, keluarga mengenal cara menurunkan hipertensi di rumah dengan kriteria hasil keluarga mengatakan mengerti tentang penatalaksanaan hipertensi dan tahu cara mengontrol tekanan darah. Maka intervensi yang ditetapkan penulis untuk diagnosa ini antara lain. Gali pengetahuan keluarga tentang pengertian hipertensi. Rasional : mengukur seberapa jauh pengetahuan keluarga tentang hipertensi. Jelaskan tanda dan gejala hipertensi, beri penyuluhan pada keluarga tentang penyebab hipertensi, gali pengetahuan keluarga untuk menyebutkan cara tradisional untuk menurunkan hipertensi, dan jelaskan cara menurunkan hipertensi secara alami. Dalam diagnosa ini penulis intervensinya berupa penyuluhan kesehatan, rasional:menyediakan informasi bagi keluarga dan dengan demikian membantu mereka mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. ( Friedman 1998 )

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga pada setiap masalah penulis melakukan implementasi. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi resiko ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit adalah : menggali pengetahuan keluarga tentang pengertian hipertensi dengan data subjektif, Ny.S mengatakan hipertensi adalah tekanan darah tinggi dan data objektif: kooperatif, menjelaskan tanda dan gejala hipertensi dengan data subjektif: keluarga mengatakan tidak tahu dan data objektif: keluarga sering bertanya, memberi penyuluhan pada keluarga tentang penyebab hipertensi dengan data subjektif : keluarga

mengatakan tidak tahu dan data objektif : keluarga mendengarkan, menggali pengetahuan keluarga untuk menyebutkan cara tradisional menurunkan hipertensi dengan data subjektif : keluarga mengatakan tidak tahu dan data objektif : keluarga sering bertanya, menjelaskan cara menurunkan hipertensi secara alami dengan data subjektif : Ny.S mengatakan hindari stres dan sering berolahraga dan data objektif : kooperatif. Implementasi yang penulis lakukan kurang seharusnya dilakukan juga implementasi mengajarkan cara pembuatan obat tradisional menurunkan hipertensi.  $\frac{1}{2}$  kg buah ketimun atau belimbing cuci hingga bersih setelah itu kupas kulitnya kemudian diparut, saring airnya dengan menggunakan kain atau penyaring dan diminum, lakukan setiap hari kurang lebih 1 kg untuk 2 kali minum.

Intervensi terkait dengan masalah keperawatan pada diagnosa ini seharusnya penulis mengintruksikan kepada klien untuk mempertahankan jala-jalan pada pagi hari. Hal ini penulis sarankan karena pada klien bertujuan untuk memicu peredaran darah perifer sebagaimana tertuang dalam Carpenito, 2001, hal. 410, bahwa diantara intervensi generik yang dapat dilakukan oleh klien adalah perencanaan program berjalan setiap hari.

Evaluasi penulis yang dilakukan penulis pada hari rabu tanggal 5 mei 2010. Subjektif : Ny.S mengatakan kadang-kadang masih terasa pusing , Ny.S juga mengatakan masih makan sembarangan ( tidak memperhatikan pola makan untuk kesehatanya, objektif : Ny.S terlihat

rileks, keluarga masih belum mampu menerapkan pantangan makan bagi keluarga yang menderita penyakit hipertensi khususnya Ny.S, analisa : masalah belum teratasi, planing : lanjutkan intervensi.

Masalah diagnosa keperawatan keluarga yang I belum teratasi, hal ini dikarenakan waktu implementasi yang penulis lakukan hanya sebentar yaitu cuma satu hari seharusnya untuk mengatasi masalah ini diperlukan waktu 3x24 jam sesuai dengan tujuan umum didalam intervensi yang penulis buat.

2. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah rumah sehat.

Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat adalah keadaan dimana seseorang individu atau keluarga mengalami atau berisiko mengalami kesukaran dalam memelihara lingkungan rumah yang aman, higienik, menghasilkan pertumbuhan. ( Carpenito. L.J, 2001)

Batasan karakteristik mayor : kesulitan dalam memelihara higiene rumah, kesulitan dalam memelihara keamanan rumah, ketidakmampuan untuk menjaga rumah, keuangan kurang mencukupi. Batasan karakteristik minor: infeksi berulang, akumulasi sampah, terlalu kumuh, bau yang menusuk hidung, peralatan memasak dan peralatan makan tidak dicuci (Carpenito. L.J, 2001)

Penulis mengangkat diagnosa kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat berhubungan dengan

ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah karena dalam pengkajian penulis menemukan data: Ny.S mengatakan menggunakan air PDAM untuk mandi dan air minum, tetapi air minum dimasak lagi. Belum memiliki tempat pembuangan sampah, ventilasi atau jendela jarang dibuka, rumah sedikit kotor, pengap, dan tampak berantakan. Berdasarkan data yang didapat masalah ini telah terjadi dan masalah ini juga masih dapat diubah, tetapi keluarga masih belum mampu menerapkan penatalaksanaan rumah dan lingkungan sehat. Dari data tersebut diagnosa ini mempunyai total score 2 4/6 karena masalah ini dirasakan betul oleh keluarga dan warga tetapi tidak segera diatasi.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa kedua karena dengan hasil skor 2 4/6. Masalah ini bisa dikesampingkan dengan resiko terjadinya gangguan perfusi jaringan perifer karena faktor kebudayaan biasanya dapat memberikan dukungan bagi keluarga untuk mengatasi masalah ini dengan baik. (Bailon & Maglaya, 1978 dalam Iqbal, 2008)

Etiologi yang penulis tegakan untuk masalah kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dan lingkungan sehat sudah tepat karena pada saat pengkajian ditemukan data keluarga mengatakan membuang sampah di sembarang tempat.

Untuk diagnosa ini penulis menetapkan tujuan yaitu keluarga mampu mengenal masalah pemeliharaan lingkungan rumah sehat dengan kriteria hasil keluarga mampu menyebutkan ringkasan rumah sehat, syarat

rumah sehat dan menjelaskan rumah sehat. Intervensi yang dilakukan penulis diantaranya adalah: gali pengetahuan keluarga tentang lingkungan rumah sehat. Rasional: mengukur pengetahuan keluarga tentang merawat rumah lingkungan yang sehat. Beri penjelasan tentang pengertian pemeliharaan lingkungan rumah sehat, jelaskan perbedaan rumah sehat dan rumah kotor, jelaskan syarat rumah sehat, jelaskan manfaat rumah sehat. Dalam diagnosa kedua ini intervensi yang diberikan dalam bentuk penyuluhan. Rasional : klien dan keluarga mendapatkan informasi dan dapat membantu klien dan keluarga dalam mengatasi perubahan hidup dan kejadian-kejadian dalam hidup secara lebih efektif. (Friedman, 1998)

Dari berbagai intervensi keperawatan keluarga penulis melakukan implementasi untuk diagnosa ini yaitu : menggali pengetahuan keluarga tentang lingkungan rumah sehat dengan data subjektif : keluarga mengatakan tidak tahu dan data objektif : keluarga menggelengkan kepala, menjelaskan tentang pengertian rumah sehat secara sederhana yaitu rumah yang sesuai dengan standar kesehatan : bersih, tidak ada sampah, ventilasi cukup dengan data subjektif:keluarga mengatakan rumah sehat adalah rumah yang bersih dan tidak berantakan serta ada tempat pembuangan sampah dan data objektif : keluarga kooperatif, menjelaskan perbedaan rumah sehat dan kotor, rumah sehat yaitu bersih, ada ventilasi, ada sarana air bersih, dan ada tempat pembuangan sampah sedangkan rumah kotor yaitu berdebu, ventilasi kurang, tidak memiliki WC atau kamar mandi, lembab dan pencahayaan kotor dengan data subjektif:keluarga

mengatakan rumah sehat yaitu ada WC atau kamar mandi, ada ventilasi dan jendela, ada tempat pembuangan sampah dan data objektif:kooperatif, menjelaskan syarat rumah sehat, syarat rumah sehat yaitu mempunyai ruang terpisah, sinar matahari dapat masuk, ada ventilasi, ada tempat pembuangan sampah, ada sarana air bersih, bangunan kuat dengan data subjektif : keluarga mengatakan syarat rumah sehat yaitu ada jendela, ada tempat sampah, dan ada air bersih dan data objektif : kooperatif, menjelaskan manfaat rumah sehat yaitu dapat mencegah penyakit dan melindungi pencemaran dengan data subjektif: Ny.S mengatakan manfaat rumah sehat yaitu dapat mencegah masuknya penyakit dan data objektif : kooperatif.

Evaluasi yang dilakukan pada hari rabu tanggal 5 mei 2010 untuk diagnosa ini subjektif : keluarga mengatakan rumah sehat adalah rumah yang bersih dan tidak berantakan serta tidak ada sampah, keluarga menyebutkan perbedaan rumah sehat dan kotor, rumah sehat yaitu terdapat ventilasi, tidak pengap, bersih, terdapat WC atau kamar mandi, keluarga mengatakan syarat rumah sehat yaitu ada jendela, ada tempat sampah, ada WC atau kamar mandi, ada air bersih, keluarga mengatakan manfaat rumah sehat yaitu dapat mencegah penyakit, rumah tampak bersih, melindungi dari bahaya pencemaran, dan enak ditempati. Objektif:keluarga dapat menjelaskan pengertian rumah sehat, keluarga mapu menyebutkan perbedaan rumah sehat dan rumah kotor, keluarga mampu menyebutkan syarat dan manfaat rumah sehat, analisa : masalah

teratasi, planning: pertahankan intervensi dan lakukan pemantauan yaitu memotivasi keluarga untuk menerapkan dan melakukan tindakan supaya tercapai tujuan. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa, keluarga mampu mengenal penatalaksanaan rumah sehat.

Masalah untuk diagnosa ke II sesuai dengan tujuan umum yang penulis susun dalam intervensi sudah teratasi, dimana secara umum keluarga sudah mengenal bagaimana cara memelihara lingkungan rumah sehat. Kriteria evaluasi bukan hanya mencakup verbal saja tetapi mencakup psikomotor juga, dimana keluarga mampu menerapkan cara pemeliharaan lingkungan rumah sehat.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pembahasan yang dilakukan oleh penulis maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat dua masalah keperawatan yang muncul pada keluarga Tn.V khususnya pada Ny.S yaitu resiko tinggi terjadinya gangguan perfusi jaringan ferifer dan kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah sehat.
2. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu memberi penyuluhan tentang penatalaksanaan hipertensi seperti pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab hipertensi. Pada diagnosa kedua adalah memberi penyuluhan tentang penatalaksanaan rumah sehat antara lain : pengertian, syarat-syarat, dan perbedaan rumah sehat dan kotor.
3. Dari sekian implementasi yang dilakukan oleh penulis tidak semua implementasi berjalan dengan baik. Beberapa faktor menjadi kendala yaitu masalah bahasa dan waktu. Bahasa yang sering diucapkan oleh keluarga adalah bahasa jawa sehingga penulis kurang mengerti atau memahami apa yang diucapkan dan waktu yang digunakan terlalu singkat sehingga apa yang menjadi target belum tercapai.



## **B. Saran**

### **1. Bagi lahan praktek**

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

### **2. Bagi institusi pendidikan.**

Institusi diharapkan dapat meningkatkan frekuensi proses bimbingan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan Hipertensi, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

### **3. Bagi masyarakat**

Anggota masyarakat yang teridentifikasi hipertensi, hendaknya mampu melakukan pemeriksaan kontrol tekanan secara rutin seminggu sekali melalui pelayanan kesehatan yang mampu dijangkau oleh masyarakat tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J, 2001 *Buku saku diagnosa keperawatan Ed.8* – Jakarta: EGC.
- Corwin Elisabeth J, 2000. *Buku Saku Patofisiologi*. EGC: Jakarta.
- Davey Patrick, 2005. *At a Glance Medicine*. Erlangga: Jakarta.
- Gleadle Jonathan, 2007. *At a Glance Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*. Erlangga: Jakarta.
- Gray Huon H, 2005. *Lecture Notes Kardiologi*. Erlangga: Jakarta.
- Murwani, Arita, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Kasus*. Jokjakarta : Mitra Cendikia
- Ruhyanudin Faqih, 2007. *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaaskuler*. UMM Press: Malang.
- Setiadi, 2008. *Konsep dan proses keperawatan Keluarga*. Yokyakarta: Graha Ilmu
- Sudiharto, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC
- Tjokronegoro, Arjatmo, 2001. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Balai Penerbit FKUI: Jakarta.