

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. Nn DENGAN
MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA Ny. Nm
DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL
KECAMATAN PEDURUNGAN
KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Supriyadi

NIM.89.331.31045

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

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 : Kamis

Tanggal : 19 Mei 2011

Semarang, 19 Mei 2011

Pembimbing



(Iskim Luthfa, S.Kep, Ns.)

NIK: 210909014 A
SEMARANG

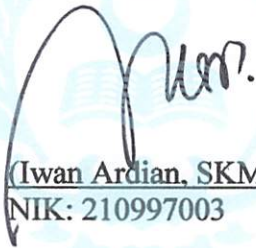
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 7 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 17 Juni 2011

Tim Penguji,

Penguji I



(Iwan Ardian, SKM.)
NIK: 210997003

Penguji II



(Rita Kartikasari, SKM, M.Kes.)
NIK: 0001632

Penguji III



(Iskim Luthfa, S.Kep, Ns.)
NIK: 210909014

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji Syukur penulis persembahkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayahnya serta inayahnya saya dapat menyusun sekaligus menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Yang Menjadi kewajiban dalam menyelesaikan jenjang pendidikan tahap akhir. Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan buat ayah dan almarhumah ibu tercinta, karena kasih sayang dan Doa beliau lah penulis bisa tahap ini dan sampai pada menyelesaikan Tugas akhir ini dan Lulus menjadi Ahli Madya Keperawatan.

Terima kasih Ayah & almarhumah ibu tercinta, Semoga Allah membalas ketulusan ayah dan almarhumah ibu tercinta, dan selalu melimpahkan rahmat dan hidayahnya buat kita semua. Amin ya robbal'alamin....

MOTTO

"Kehidupan Bagaikan Perjalanan Menuju Puncak"

"Jadilah orang yang bermanfaat bagi semua orang"

*"hanya orang yang berjiwa kesatria yang mau mengakui
kesalahannya dan meminta maaf"*

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayahnya kepada kita semua, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan kasus ujian komprehensif dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. Nn DENGAN MASALAH UTAMA HIPERTENSI PADA Ny. Nm DI KELURAHAN MUKTIHARJO KIDUL KECAMATAN PEDURUNGAN KOTA SEMARANG".

Penyusunan laporan kasus ujian komprehensif ini merupakan salah satu kewajiban yaitu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Atas tersusunnya laporan kasus ujian komprehensif ini, penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaludin, M.Sc, M.Eng. Selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
3. Ibu Wahyu Endang S, SKM. Selaku Kaprodi Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
4. Bapak Iskim Luthfa, S.kep, Ns. Selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Laporan Kasus Ujian Komprehensif.

5. Kelurahan Muktiharjo Kidul kecamatan pedurungan kota semarang, selaku lahan praktek keperawatan keluarga, terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga sebagai bahan untuk Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak saya tercinta terima kasih atas kerja kerasnya dan dukungannya selama ini yang sudah bekerja keras buat saya bisa sekolah di Universitas.
7. Almarhumah ibu saya tercinta terima kasih telah memberiku semangat dan doanya dengan sepenuh hati sepanjang hidupnya.
8. Kakak dan adik saya tersayang terima kasih atas doa dan dukungannya selama ini.
9. Fitriawati selaku rekan dalam penyusunan asuhan keperawatan keluarga Ny. Nn
10. Buat hima, ghany, kong ali, gholib, juwakir, sunardi terima kasih sudah menemaniku selama hampir tiga tahun dan memberiku semangat.
11. Teman-teman DIII Fakultas Ilmu Keperawatan angkatan 2008, yang selalu bersama selama tiga tahun, terima kasih dukungannya.
12. Semua pihak yang telah membantu terselesainya Laporan Tugas Akhir Ini.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan dimasa mendatang. Harapan penulis semoga kasus ini bermanfaat bagi para pembaca dan adik kelas perawat.

Semarang,

2010

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman :
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan penulisan.....	4
C. Manfaat penulisan.....	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Konsep dasar keluarga	6
1. Pengertian.....	6
2. Tipe keluarga.....	7
3. Fungsi keluarga.....	8
4. Tahap perkembangan keluarga.....	10
5. Prinsip dasar penatalaksanaan.....	12
6. Tugas keluarga bidang kesehatan.....	15
B. Konse dasar penyakit.....	17
1. Pengertian.....	17
2. Klasifikasi hipertensi.....	18

3. Etiologi.....	18
4. Patofisiologi.....	19
5. Manifestasi klinis hipertensi.....	21
6. Pemeriksaan penunjang.....	21
7. Komplikasi.....	23
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	25
A. Pengkajian.....	25
B. Analisa data dan diagnosa keperawatan.....	33
C. Intervensi.....	34
D. Implementasi.....	35
E. Evaluasi.....	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	39
BAB V PENUTUP.....	51
A. Kesimpulan.....	51
B. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	



DAFTAR TABEL

Tabel	2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	18
Tabel	4.1 Pengkajian Tekanan Darah Pada Lansia.....	41



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. Nn	25
Gambar 3.2 Denah Rumah Keluarga Ny. Nn	28
Gambar 4.1 Genogram Keluarga Ny. Nn.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Konsultasi
2. Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. Nn
3. Surat Keterangan Konsultasi
4. SAP Hipertensi
5. SAP Rumah Sehat



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah populasi usia lanjut di Indonesia pada tahun 2010 mengalami kenaikan hingga lebih dari 23,992 juta atau 9,77 % dari jumlah penduduk. Hipertensi merupakan penyakit kronik akibat gangguan sistem sirkulasi darah, dan telah menjadi masalah besar bagi kesehatan masyarakat. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menyebutkan bahwa penyakit hipertensi ini pada kelompok umur 45-60 tahun mencapai 20.9%, sedang pada umur diatas 60 tahun angka ini mencapai 29.5%. Demikian juga pada tahun 1995 penyakit sirkulasi menduduki urutan pertama penyebab kematian pada lansia, yakni sebesar 18.9%.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit hipertensi antara lain umur dan jenis kelamin. Penyakit hipertensi dominan terjadi pada kelompok umur 31-55 tahun. Hal ini dikarenakan seiring bertambahnya usia, tekanan darah cenderung meningkat, yang mana penyakit hipertensi umumnya berkembang pada saat umur seseorang mencapai paruh baya yakni cenderung meningkat khususnya yang berusia lebih dari 40 tahun bahkan pada usia lebih dari 60 tahun keatas. Penyakit hipertensi cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dikarenakan pada perempuan meningkat seiring dengan bertambahnya usia yang mana pada perempuan masa premenopause cenderung memiliki

tekanan darah lebih tinggi dari pada laki-laki. Penyebabnya sebelum menopause, wanita relatif terlindungi dari penyakit kardiovaskuler oleh hormone estrogen yang dimana kadar estrogen menurun setelah menopause (Karnadi, J. (2007), <http://www.Cerminduniakedokteran.com>, diunduh tanggal 9 Mei 2011).

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga (Setiadi, 2008).

Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi pula keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya/ masyarakat di sekitarnya atau dalam konteks yang luas berpengaruh terhadap negara (Setiadi, 2008).

Salah satu penyakit yang banyak terjadi di dalam keluarga adalah hipertensi. Sampai saat ini hipertensi masih tetap menjadi masalah karena beberapa hal, antara lain meningkatnya prevalensi hipertensi, masih banyaknya pasien hipertensi yang masih belum mendapat pengobatan maupun yang sudah diobati tetapi tekanan darahnya belum mencapai target normal, serta adanya penyakit penyerta dan komplikasi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Sudoyo, 2006).

Data epidemiologis menunjukkan bahwa makin meningkatnya populasi usia lanjut, maka jumlah pasien hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah, dimana hipertensi sistolik maupun hipertensi kombinasi hipertensi sistolik dan diastolik yang sering timbul pada lebih dari separuh orang yang berusia >65 tahun. Selain itu, laju pengendalian tekanan darah yang dahulu terus meningkat, dalam dekade terakhir tidak menunjukkan kemajuan lagi (pola kurva mendatar), dan pengendalian tekanan darah ini hanya mencapai 34% dari seluruh pasien hipertensi (Sudoyo, 2006).

Sampai saat ini, data hipertensi yang lengkap sebagian besar berasal dari negara-negara yang sudah maju. Data dari the national health and nutrition examination survey (NHNES) menunjukkan bahwa dari tahun 1999-2000, insiden hipertensi pada orang dewasa adalah sekitar 29-31%, yang berarti terdapat 58-65 juta orang hipertensi di Amerika, dan terjadi peningkatan 15 juta dari data NHANES III tahun 1988-1991. Hipertensi esensial sendiri merupakan 95% dari seluruh kasus hipertensi (Sudoyo, 2006).

Penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan untuk 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 ditahun 2000,

diperkirakan menjadi 1,15 milyar kasus ditahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan penambahan penduduk saat ini (Armilawaty (2007), www.depkominfo.go.id diunduh pada 7 April 11).

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan keluarga pada klien Hipertensi sehingga dapat diperoleh asuhan keperawatan yang komprehesif dan meminimalkan angka kejadian hipertensi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran penyusunan asuhan keperawatan secara menyeluruh, dari pengkajian sampai evaluasi.

2. Tujuan Khusus

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

C. Manfaat Penulisan

1. 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.

2. Bagi instansi pelayanan kesehatan

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam bidang asuhan keperawatan keluarga.

3. Bagi Masyarakat dan keluarga

Meningkatkan 5 fungsi keperawatan keluarga antara lain: keluarga mengenal penyakit Hipertensi, mampu mengambil keputusan, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

4. Bagi Penulis

Meningkatkan pemahaman mahasiswa mengenai konsep penyakit Hipertensi dan aplikasi penatalaksanaannya pada keluarga yang mengalami Hipertensi.

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang perannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat (Setiadi, 2008).

Dari definisi di atas dapat di tarik kesimpulan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat dan merupakan sebuah sistem yang di dalamnya terdiri dari dua orang atau lebih dengan adanya ikatan perkawinan, pertalian darah atau adopsi yang hidup dalam satu rumah tangga yang bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap individu.

2. Tipe 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

Fungsi pokok keluarga menurut Fredman (1998) dalam Setiadi (2008) dan Mubarak (2009) 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 sosial 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 pendidikan yaitu menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan keterampilan, membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan yang akan datang.
- f. Fungsi perawatan pemeliharaan kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

4. Tahap 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.

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).

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 .

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. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri.

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.

f. Tahap IV keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan.

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

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.

h. Tahap VIII keluarga usia lanjut.

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini menurut Friedman (2010) yaitu:

- 1) Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan
- 2) Menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang
- 3) Mempertahankan hubungan pernikahan
- 4) Menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 6) Melanjutkan untuk merasionalisasi kehilangan keberadaan anggota keluarga (peninjauan dan integrasi kehidupan).

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

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).

Keluarga merupakan sebuah sistem yang di dalamnya terdapat ayah, ibu dan anak atau semua individu yang tinggal di dalam suatu rumah tersebut (Murwani, 2007).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

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 sosial dari tiap individu (Mubarak, 2009).

5. Prinsip dasar penatalaksanaan

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 antara lain adalah dengan menurunkan berat badan, mengurangi asupan garam ke dalam 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 pembuluh darah.
- 4) *Angiotensin Converting Enzym* (ACE) Inhibitor: 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) Calcium Antagonis: Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat 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 pemakiannya 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.

6. Tugas keluarga bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (1981) 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 menyadari adanya perubahan perlu 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 dan sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

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

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan 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 (memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada)

B. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri (Ruhyanud'in, 2007).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer, 2002).

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda (Corwin, 2009).

Hipertensi didefinisikan oleh Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure (JNC) sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya mempunyai rentang dari tekanan darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna (doenges, 2000).

Jadi hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah yang abnormal dan diukur paling tidak dalam tiga kali kesempatan dimana tekanan sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya mempunyai rentang tekanan darah normal sampai hipertensi maligna.

2. Klasifikasi hipertensi

Menurut Ruhyandudin (2007) hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut:

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolic
Normal	Dibawah 130 mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium 1 (hipertensi ringan)	140-159 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

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

3. Etiologi

Menurut Sudoyo (2006) faktor resiko penyakit kardiovaskular pada pasien hipertensi antara lain adalah:

- a. Merokok
- b. Obesitas
- c. Kurangnya aktivitas fisik
- d. Dislipidemia
- e. Diabetes mellitus
- f. Mikro albuminuria atau perhitungan LFG <60 ml/ menit

- g. Umur (laki-laki >55 th, perempuan 65 th)
- h. Riwayat keluarga dengan penyakit jantung kardiovaskular prematur (laki-laki >55 th, perempuan <65 th)

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jeras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thoraks 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 norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Beberapa faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokomotor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal itu dapat terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenalin juga

terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal akan menyebabkan pelepasan renin. 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 yang menyebabkan peningkatan volume intravaskular.

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi arterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah yang pada akhirnya akan menurunkan kemampuan distensi dan daya renggang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume pembuluh darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tekanan perifer (Smeltzer, 2002).

5. Manifestasi klinis hipertensi

Menurut corwin (2009) Sebagian besar manifestasi klinis terjadi setelah mengalami hipertensi setelah bertahun-tahun, dan dapat berupa:

- a. Sakit kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranium.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan hipertensif pada retina.
- c. Cara berjalan yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Sudoyo (2006) pemeriksaan pada pasien hipertensi dapat dilakukan dengan cara:

Pada pasien hipertensi, beberapa pemeriksaan untuk menentukan adanya kerusakan organ target dapat dilakukan secara rutin, sedang pemeriksaan lainnya hanya dilakukan bila ada kecurigaan yang didukung oleh

keluhan dan gejala pasien. Pemeriksaan untuk mengevaluasi organ target meliputi:

1) Jantung

- a) Pemeriksaan fisik
- b) Foto polos dada (untuk melihat pembesaran jantung, kondisi arteri intratoraks dan sirkulasi pulmonal)
- c) Elektrokardiografi (untuk deteksi iskemia, gangguan konduksi, aritmia serta hipertrofi ventrikel kiri)
- d) Ekokardiografi.

2) Pembuluh darah

- a) Pemeriksaan fisik termasuk perhitungan pulse pressure
- b) Ultrasonografi (usg) karotis
- c) Fungsi endotel (masih dalam penelitian)

3) Otak

- a) Pemeriksaan neurologis
- b) Diagnosis stroke ditegakkan dengan menggunakan cranial computed tomography (CT) scan atau magnetic resonance imaging (MRI)

(untuk pasien dengan keluhan gangguan neural, kehilangan memori atau gangguan kognitif).

4) Mata

- a) Funduscopy

5) Fungsi ginjal

- a) Pemeriksaan fungsi ginjal dan penentuan adanya proteinuria/ mikro-makroalbuminuria serta rasio albumin kreatinin urin.
- b) Perkiraan laju filtrasi glomerulus, yang untuk pasien dengan kondisi stabil dapat diperkirakan dengan menggunakan modifikasi rumus dari cockroft-gault sesuai dengan anjuran national kidney foundation (NKF).

7. Komplikasi

Menurut Elizabeth J. corwin (2009) hipertensi dapat menyebabkan beberapa hal, antara lain:

- a. Stroke, dapat terjadi akibat hemoragi tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi.
- b. Infark miokard, dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila

terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah.

- c. Gagal ginjal, dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal.
- d. Ensefalopati (kerusakan otak), dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya).
- e. Kejang, dapat terjadi pada wanita preeklamsi.



BAB III

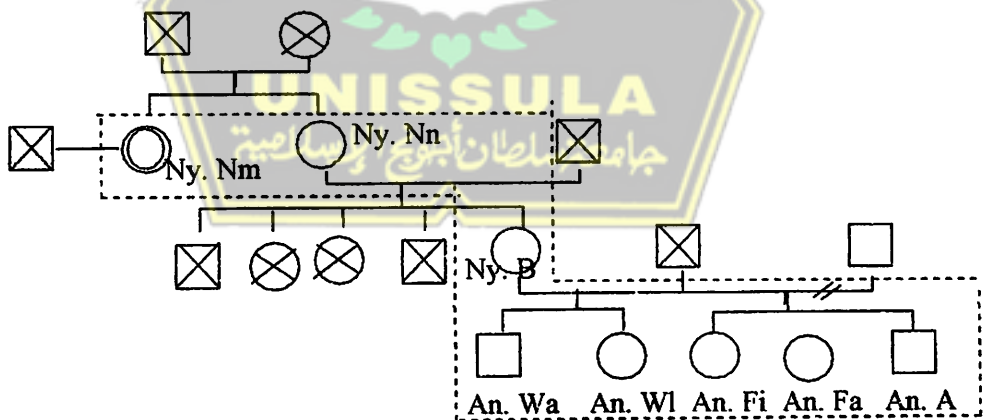
HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan selama 1 hari yaitu tanggal 4 desember 2010 pada keluarga Ny. Nn di RT 11 RW 08 Muktiharjo Permai Kecamatan Pedurungan Semarang. Menggunakan tehnik pengkajian wawancara dan observasi..

Identitas Kepala Keluarga bernama Ny. Nn, umur 72 tahun, pendidikan SMP, pekerjaan wiraswasta.

Ny. Nn tinggal bersama kakak kandungnya yang bernama Ny. Nm, anak kandungnya yang bernama An. B dan juga lima cucunya yang bernama An. Wa, An. Wl, An. Fi, An. Fa dan An. A.



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. Nn

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

□ : Tinggal Satu Rumah

┌──┐ : Hubungan Keluarga

○ : Klien

// : Cerai

Didalam keluarga ini terdapat dua lansia kakak beradik yaitu Ny. Nm berumur 75 tahun dan Ny. Nn berumur 72 tahun. Ny. Nm tidak mempunyai anak, sedangkan Ny. Nn mempunyai lima anak tetapi anak pertama sampai keempat sudah meninggal, hanya anak kelima yang masih hidup yaitu An. B berumur 42 tahun. An. B menikah dua kali. Pada pernikahan pertama ia dikaruniai dua orang anak yaitu An. Wa berumur 24 tahun dan An. Wl berumur 20 tahun dan suami pertama sudah meninggal. Pada pernikahan kedua ia dikaruniai tiga orang anak yaitu An Nfi berumur 12 tahun, An. Nfa berumur 10 tahun dan An. A berumur 7 tahun. Dan ia sudah bercerai dengan suami keduanya. Ny. Nm merupakan Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan yaitu Hipertensi.

Keluarga Ny. Nn termasuk tipe keluarga ekstended family karena didalam keluarga terdapat nenek, anak dan cucu. Masalah yang terjadi dengan tipe keluarga seperti ini adalah kurangnya pengawasan dalam keluarga, karena penghuni keluarga ini sudah lansia dengan cucu-cucu yang masih muda dan masih kecil.

Keluarga berasal dari Jawa. Tidak ada budaya yang bertentangan dengan masalah kesehatan, karena warga sekitar termasuk penduduk yang lumayan paham tentang kesehatan

Dalam keluarga ini terdapat empat anggota keluarga yang bekerja untuk mencari nafkah. Antara lain: Ny. Nn bekerja sebagai buruh cuci dengan gaji Rp. 350.000,-, An. B bekerja sebagai buruh cuci dengan gaji Rp. 350.000,-, An. W bekerja sebagai karyawan bengkel dengan gaji

750.000,-, An. Wl bekerja sebagai karyawan swasta dengan gaji Rp. 600.000,-. Sehingga penghasilan keluarga tiap bulan sebesar ± Rp. 2.050.000,-. Keluarga tidak mempunyai upaya lain untuk menambah penghasilan. Dan harta benda yang dimiliki seperti seperangkat alat kamar dan ruang tamu, seperangkat alat dapur, TV dan satu unit sepeda motor.

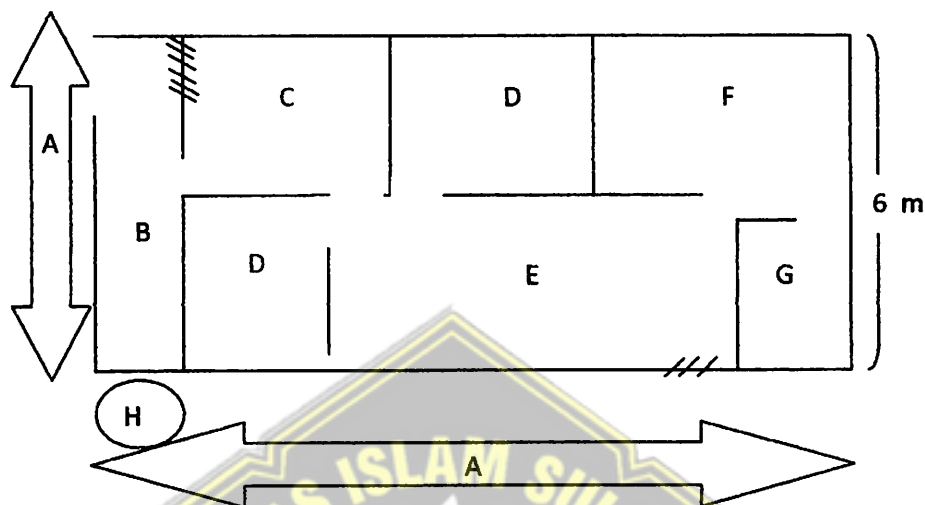
Pengeluaran keluarga tiap bulan sebesar ± Rp. 1.500.000,- untuk keperluan dapur dan ± Rp. 300.000,- untuk uang saku anak-anak. Sehingga keluarga masih mempunyai sisa untuk ditabung dan digunakan apabila terdapat kebutuhan mendadak.

Anak tertua yaitu An. B sudah menikah dan mempunyai 5 orang anak. Untuk Ny. Nn tugas perkembangan keluarganya adalah tahap keluarga usia lanjut. Tahap perkembangan keluarga yang sudah terpenuhi adalah: tahap keluarga dengan lansia, tahap keluarga dengan usia remaja, tahap keluarga dengan anak sekolah. Sedangkan tahap keluarga yang belum terpenuhi adalah: tahap pelepasan Ny. B. karena Ny. B sudah bercerai dan ia harus menjaga ibu dan budenya yang sudah lansia, sehingga ia memutuskan untuk tinggal bersama mereka.

Saat ini anggota keluarga yang bermasalah dalam kesehatan yaitu Ny. Nm yang mengatakan sering nyeri kepala, punggung dan kaki. Keluarga mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang pernah mengalami penyakit menular.

Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan keluarga ini adalah dokter jaga. Tetapi obat yang diberikan oleh dokter tidak pernah

diminum, karena adanya berdebar-debar setelah minum obat. Keluarga mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan.



Bagan 3.2 Denah Rumah Ny. Nn

Keterangan:

A: jalan gang
B: teras rumah
C: ruang tamu
D: kamar tidur

E: ruang keluarga
F: dapur
G: kamar mandi
H: septic tank
//: jendela

Rumah yang dihuni oleh Ny. Nm luasnya 6 x 9 meter, tipe rumah permanen dan merupakan rumah kontrakan dengan harga Rp. 2.000.000,-/ tahun. Di depan dan disamping kiri rumah bertepatan dengan jalan gang/ kampung. Di dalam rumah terdapat satu ruang tamu, satu ruang keluarga, dua kamar tidur, dan satu kamar mandi. Di rumah ini juga terdapat dua ventilasi udara yang terdapat didepan dan di samping rumah, untuk ventilasi yang berada di depan rumah jarang sekali dibuka, tetapi untuk ventilasi yang berada di samping rumah selalu dibuka. Disamping itu juga

terdapat pintu yang digunakan sebagai ventilasi juga.pemanfaatan ruangan sudah cukup baik. Septic tank berada di samping rumah dan berjarak lebih dari 10 meter. Sumber air minum yang digunakan berasal dari airledeng dan sebelum diminum air dimasak terlebih dahulu. Keadaan kamar mandi cukup bersih, tetapi agak bau karena terdapat pakaian kotor yang menumpuk di dalamnya. Terdapat tempat sampah dibelakang rumah dan tiap hari terdapat orang yang mengangkutnya. Lingkungan sekitar rumah cukup bersih. Sedikit terdapat sampah yang berserakan.

Seluruh anggota keluarga bebas melakukan aktifitas karena berada di tengah-tengah lingkungan yang baik dan ramah. Dan lingkungan ini juga mempunyai tempat bermain untuk anak-anak.

Keluarga ini merupakan keluarga yang cukup baik dan ramah, sehingga mudah diterima oleh masyarakat sekitar.

Sistem pendukung keluarga ini adalah seorang kepala keluarga yang mempunyai status single parent yang pekerja keras, serta didukung oleh seorang anak yang pekerja keras juga.

Fungsi afektif, di dalam keluarga saling menyayangi, menghormati satu sama lain, saling mendukung dalam segala hal, walaupun ada perbedaan agama didalamnya mereka selalu berusaha menciptakan suasana yang nyaman untuk para anggota keluarganya.

Fungsi sosial, kerukunan hidup dalam keluarga sangat baik dan sangat bagus. Interaksi dan hubungan dalam keluarga sangat harmonis dan penuh dengan kerukunan. Kegiatan keluarga untuk mengisi waktu

senggang dengan cara menonton TV bersama dan bercanda bersama. Keluarga dalam berpartisipasi dalam kegiatan social cukup baik, dengan mengikuti kerja bakti.

Fungsi keluarga dibidang perawatan kesehatan, pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit/ masalah kesehatan cukup baik, walau terkadang keluarga jarang periksa ke dokter atau puskesmas karena terbentur dengan masalah ekonomi. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan tindakan kesehatan cukup baik, akan tetapi kadang tidak terlaksana karena terbentur masalah biaya, sehingga mereka memilih membeli CTM di pasar. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit cukup baik dan bagus, karena mereka semua sangat perhatian dan peduli satu sama lain. Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat cukup baik. Karena terdapat dua lansia dan anak kecil di dalam keluarga ini, sedangkan untuk usia produktif sbuk bekerja. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat cukup baik, karena mereka cukup mengerti ketika sakit harus berobat kemana dan dimana.

Stressor jangka pendek keluarga saat ini adalah masalah keuangan, tetapi respon keluarga akan masalah tersebut sangat baik, karena setiap terdapat masalah keluarga selalu mengatasinya bersama-sama sehingga dapat dicari solusi yang tepat. Strategi koping yang dilakukan keluarga ini adalah saling mengingatkan satu sama lain. Strategi adaptasi disfungsional

yang dilakukan keluarga ini adalah selalu introspeksi diri antara anggota keluarga.

keadaan gizi keluarga, Pemenuhan gizi dalam keluarga ini cukup baik, ini terlihat dari keadaan anggota keluarga yang rata-rata sehat, tidak terdapat masalah dengan kesehatan. Untuk mempertahankan kesehatan, keluarga ini melakukan jalan-jalan di sekitar rumah.

pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada semua anggota keluarga meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, system kardiovaskuler, system respirasi, system gastrointestinal, system persyarafan dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe) dan anggota keluarga tidak ada yang mempunyai masalah kesehatan. Hanya terdapat satu anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, yaitu Ny. Nm yang mengalami hipertensi dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut: Ny. Nm mengatakan saat ini ia menderita penyakit darah tinggi, TTV: tekanan darah 190/70 mmHg, Nadi 80 X/menit, Rr 22 X/menit, suhu 36⁰ C. Sistem kardiovaskuler: ictus cordis terlihat di ICS 5 mid klavikula, ictus cordis teraba di ICS 5 mid klavikula, perkusi pekak, terdengar bunyi jantung S1 dan S2 tanpa ada suara tambahan. Sistem respirasi: pengembangan dada saat bernapas simetis, taktil vermitus teraba simeris di seluruh bagian apek paru, perkusi sonor, suara paru vesikuler tanpa ada suara tambahan. Sistem gastro intestinal: perut terlihat datar, tidak terdapat kebiruan atau kemerahan, peristaltik usus 15 X/ menit, tidak terdapat nyeri tekan, suara

perkusi tympani. Sistem syaraf: reflek fisiologis (+), reflek patologis (-), keluhan saat ini klien merasakan nyeri pada punggung dan kakinya.



B. Analisa Data Dan Diagnosa Keperawatan

Proses keperawatan setelah pengkajian proses keperawatan selanjutnya yaitu menganalisa data dan menentukan diagnosa keperawatan.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 4 desember 2010 pukul 09.00 WIB penulis mengambil dua diagnosa keperawatan yaitu:

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

Diagnosa tersebut ditunjang oleh data subjektif: Ny. Nm mengatakan sering sakit kepala dan merasakan nyeri pada punggung dan kakinya. Ny. Nm mengatakan tidak cocok dengan obat dokter. Ny. Nm mengatakan hanya tahu bahwa ia mengalami sakit hipertensi tetapi tidak mengetahui pengertian, tanda dan gejala hipertensi. Ny. Nm mengatakan sering meminum CTM apabila kurang enak badan. Sedangkan data objektif: Klien terlihat kesakitan karena sakit kepalanya. Tekanan darah 190/70 mmHg, Nadi 85 x/menit. Ny. Nm tampak bingung saat ditanya tentang hipertensi.

2. kerusakan pemeliharaan rumah berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan.

Diagnosa kedua ini ditunjang oleh data subyektif: keluarga mengatakan kebingungan menata rumahnya karena rumahnya sempit. Data subyektif: Perabotan berdebu. Barang-barang di rumah terlihat tidak

rapi dan tidak tertata dengan baik. Banyak pakaian kotor menumpuk di dalam kamar tidur dan kamar mandi.

C. Intervensi

Setelah dilakukan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan, langkah selanjutnya yaitu membuat intervensi untuk diagnosa yang telah ditegakkan.

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

Tujuan jangka panjang dilakukan intervensi adalah: Setelah dilakukan 5 kali kunjungan ke rumah keluarga, maka keluarga mampu mengetahui dan memahami masalah keperawatan yang dialami. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan pertemuan 1x60 menit keluarga mampu memahami pengobatan yang baik bagi masalah kesehatannya dengan kriteria hasil: 1) Keluarga mampu memahami tentang penyakit hipertensi. 2) Keluarga mampu memahami dan mengetahui penyebab hipertensi. 3) Keluarga mampu melakukan penatalaksanaan penyakit hipertensi dengan baik.

Intervensi yang akan dilakukan untuk diagnosa pertama yaitu: 1) kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang masalah (hipertensi). 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit yang diderita (hipertensi). 3) Beri motivasi pada keluarga untuk selalu meningkatkan kesehatan dengan memilih cara pengobatan dengan baik dan benar. 4) Diskusikan

dan demonstrasikan dengan keluarga tentang terapi dan perawatan secara tradisional.

2. kerusakan pemeliharaan rumah berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan.

Tujuan jangka panjang: Setelah dilakukan 5 kali kunjungan ke keluarga, keluarga mampu menata rumah dan mampu menjaga kebersihan dalam rumah. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan pertemuan 1x60 menit keluarga mampu memahami dan mengetahui penatalaksanaan rumah. Dengan kriteria hasil: 1) Keluarga mampu memahami tentang rumah sehat. 2) Keluarga mampu melakukan penatalaksanaan rumah sehat

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut antara lain adalah: 1) Kaji pengetahuan keluarga tentang rumah sehat. 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat. 3) Diskusikan dengan keluarga tentang penatalaksanaan rumah sehat. 4) Motivasi keluarga untuk menjaga kebersihan rumah.

D. Implementasi

Setelah dilakukan analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, memprioritaskan masalah, dan menyusun intervensi, langkah selanjutnya yaitu mengimplementasikan intervensi yang telah disusun.

Implementasi dilakukan dari hari sabtu sampai hari rabu, tanggal 4 desember 2010 sampai tanggal 8 desember 2010.

pertemuan pertama pada hari sabtu tanggal 4 desember 2010 implementasi ditujukan pada diagnosa pertama dan kedua, implementasi berupa mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang masalah (hipertensi) dan tentang rumah sehat. Respon subyektif: keluarga mengatakan mau untuk dikelola dan dikaji, respon obyektif: tingkat pengetahuan keluarga tentang hipertensi dan rumah sehat masih kurang.

Pada pertemuan kedua hari minggu tanggal 5 desember 2010 implementasi yang dilakukan untuk diagnosa pertama yaitu: memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi, dengan respon subyektif: keluarga mengatakan bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya.

Pertemuan ketiga hari senin tanggal 6 desember 2010. Implementasi yang dilakukan ditujukan pada diagnosa pertama dan kedua. Untuk diagnosa pertama implementasi yang dilakukan yaitu memberikan motivasi pada keluarga untuk selalu meningkatkan kesehatan dengan memilih cara pengobatan dengan baik dan benar. Dengan respon subyektif: keluarga mengatakan bersedia untuk mengurangi konsumsi CTM. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias. Sedangkan untuk diagnosa kedua implementasi yang dilakukan yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat. Dengan respon subyektif: keluarga bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya.

Pertemuan keempat, hari selasa tanggal 7 desember 2010. Pada pertemuan ini implementasi ditujukan untuk diagnosa pertama. Implementasi yang dilakukan yaitu mendiskusikan dan mendemonstrasikan dengan keluarga tentang terapi dan perawatan secara tradisional, dengan respon subyektif: klien mengatakan akan memilih pengobatan secara tradisional dengan meminum air rebusan daun seledri. Respon obyektif: keluarga terlihat mempraktekan perebusan daun seledri.

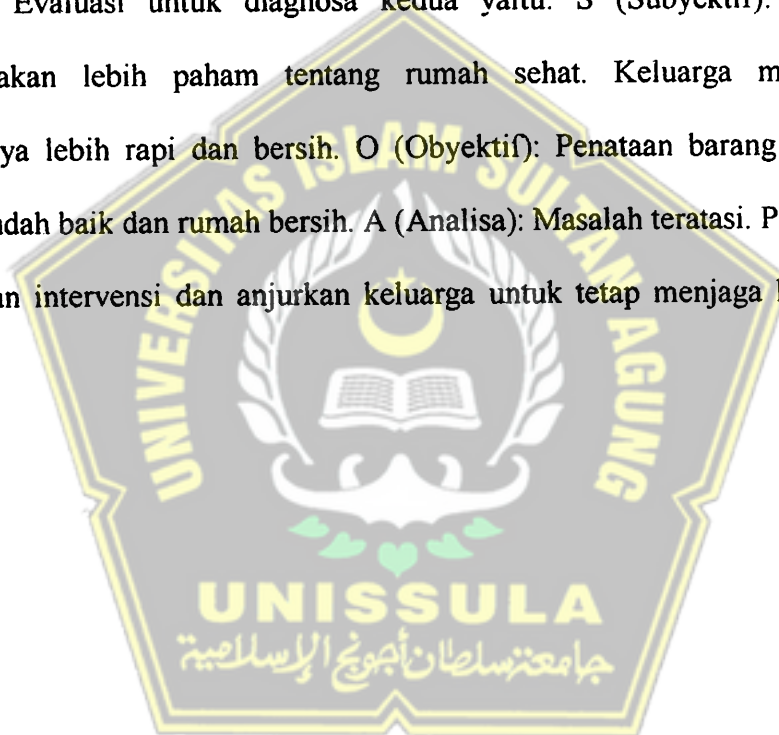
Pertemuan kelima, hari rabu tanggal 8 desember 2010. Pertemuan ini ditujukan untuk diagnosa kedua. Implementasi yang dilakukan yaitu mendiskusikan dengan keluarga tentang penatalaksanaan rumah sehat, dengan respon subyektif: klien mengatakan bersedia untuk melakukan diskusi tentang rumah sehat. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya. Implementasi lainnya yang dilakukakan pada pertemuan ini yaitu memotivasi keluarga untuk selalu menjaga kebersihan rumah, dengan respon subyektif: keluarga mengatakan akan selalu membersihkan rumah. Respon obyektif: klien terlihat antusias.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, memprioritaskan masalah, menyusun intervensi, dan melakukan Implementasi, langkah selanjutnya yaitu mengevaluasi semua tindakan yang telah dilakukan.

Evaluasi dilakukan pada hari kamis, 9 desember 2010. Evaluasi untuk diagnosa pertama: S (subyektif): Keluarga mengatakan lebih lega karena sudah mendapatkan informasi tentang pengertian, tanda dan gejala serta pengobatan untuk hipertensi. O (Obyektif): Keluarga dan klien terlihat senang. A (Analisa): Masalah teratasi. P (planing): Hentikan intervensi dan anjurkan keluarga untuk tetap melakukan pemeriksaan kesehatan.

Evaluasi untuk diagnosa kedua yaitu: S (Subyektif): Keluarga mengatakan lebih paham tentang rumah sehat. Keluarga mengatakan rumahnya lebih rapi dan bersih. O (Obyektif): Penataan barang di rumah klien sudah baik dan rumah bersih. A (Analisa): Masalah teratasi. P (Plening): Hentikan intervensi dan anjurkan keluarga untuk tetap menjaga kebersihan rumah.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB VI ini akan membahas mengenai asuhan keperawatan keluarga Ny. Nn dengan masalah utama Hipertensi pada Ny. Nm yang dilakukan selama 6 hari, sejak tanggal 4 desember 2010 sampai tanggal 9 desember 2010. Tahap proses keperawatan keluarga yang dilakukan mulai dari pengkajian, menganalisa data, menentukan diagnosa keperawatan keluarga, menyusun intervensi, melakukan implementasi sampai evaluasi.

Pengkajian dilakukan selama satu hari penuh dari jam 8.00 WIB- 16.30 WIB pada hari rabu tanggal 4 desember 2010.

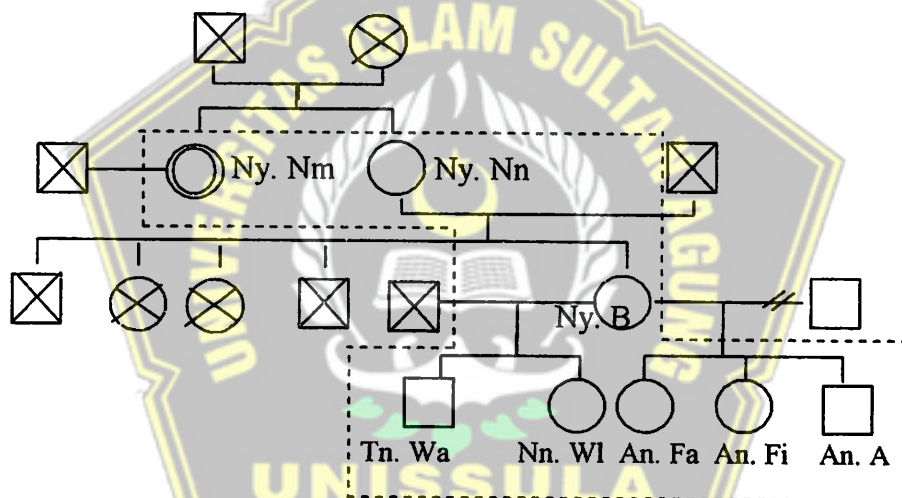
Pengkajian data dimulai dengan proses pengumpulan data secara terus-menerus yang merupakan syarat utama untuk identitas masalah. Data yang diperoleh dari keluarga Ny. Nn adalah dengan wawancara dan observasi. Wawancara merupakan suatu pertemuan tatap muka dengan anggota keluarga. Sedangkan observasi dilakukan untuk mendapatkan temuan-temuan yang obyektif (Friedman, 1998). Wawancara dan observasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan yang baik pada keluarga dan menjalin hubungan saling percaya sehingga didapatkan data yang relevan.

Penulisan identitas keluarga, pada An. B, An. Wa dan An. Wl seharusnya ditulis dengan inisial Ny. B, Tn. Wa dan Nn. Wl karena mereka sudah berumur lebih dari 18 tahun. Sesuai teori menurut Riyadi (2009) yang mengatakan tahap

perkembangan anak dimulai dari umur 0-18 tahun. Disini bisa diartikan bahwa yang masih bisa dikatakan sebagai anak adalah mereka yang berusia kurang dari 18 tahun.

Pada penggambaran genogram, genogram seharusnya digambar dengan baik agar tidak terdapat kekeliruan dalam membaca genogram tersebut. Genogram yang benar yaitu:

Gambar 4.1 Genogram Keluarga Ny. Nn



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

⌈ : Tinggal Satu Rumah

┌ : Hubungan Keluarga

⊙ : Klien

// : Cerai

Pada saat melakukan pemeriksaan tekanan darah, penulis hanya melakukan pemeriksaan satu kali setiap kali kunjungan. Seharusnya penulis

melakukan pemeriksaan dua kali pada posisi yang berbeda (berbaring dan berdiri) pada setiap kunjungan. Karena sesuai teori menurut Lueckenotte (1997) pemeriksaan tekanan darah pada lansia harus dilakukan dalam dua cara yaitu berbaring dan berdiri.

Tabel 4.1 Pengkajian Tekanan Darah Pada Lansia

Langkah	Normal/Variasi individu/Penyimpangan
Dengan klien berbaring ukur tekanan darah pada kedua lengan	<p>90/60 sampai 140/90 mmHg, atau sampai 160/95 mmHg bila stabil sepanjang periode waktu, bila klien asimtomatik dan bila klien tidak menunjukkan bukti kerusakan organ akhir; 30 sampai 40 mmHg tekanan nadi atau bervariasi tidak lebih dari 5 sampai 10 mmHg.</p> <p>PENYIMPANGAN: 140/90 sampai 160/95 mmHg disertai bukti adanya kerusakan organ akhir, hipertrofi ventrikel kiri, diabetes melitus, riwayat keluarga tentang hipertensi, sistolik kurang dari 90 mmHg atau diastolik 60 mmHg; pelebaran atau penyempitan berlebihan dari tekanan nadi lebih besar dari 10 mmHg berbeda dari tekanan antara kedua lengan</p>
Dengan klien berdiri ukur tekanan darah pada kedua lengan	<p>Sistolik turun 10 sampai 15 mmHg dan diastolik 5 mmHg</p> <p>PENYIMPANGAN: sistolik turun lebih besar dari 15 mmHg, diastolik 5 mmHg, dan atau gejala pusing.</p>

Lueckenotte (1997)

Pemeriksaan tekanan darah pada Ny. Nm dilakukan setiap kali pertemuan, disini penulis belum memasukan hasil pemeriksaan ke dalam asuhan keperawatan. Hasil pemeriksaan tekanan darah pada Ny. Nm yaitu: Pada hari sabtu tanggal 4 desember 2010 TD Ny. Nm adalah 190/70 mmHg, hari minggu tanggal 5

desember 2010 TD 190/70 mmHg, hari senin tanggal 6 desember TD Ny Nm turun menjadi 185/70 mmHg, hari selasa tanggal 7 desember 2010 TD klien naik kembali menjadi 190/80 mmHg, hari rabu tanggal 8 desember 2010 TD klien 190/70 mmHg dan pada hari kamis tanggal 9 desember 2010 TD klien 190/70 mmHg.

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 4 desember 2010, penulis menemukan beberapa data yang menjadi fokus permasalahan yang dialami oleh keluarga Ny. Nn dan menetapkan dua diagnosa keperawatan keluarga.

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

diagnosakeperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring bairon dan maglaya, (1978) dalam Sudiharto, (2007) mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Dilihat dari sifat masalah pada Ny. Nm adalah aktual dengan skor 3, dan pembenaran dengan data subyektif: Ny. Nm mengatakan sering sakit kepala dan merasakan nyeri pada punggung dan kakinya. Ny. Nm mengatakan tidak cocok dengan obat dokter. Ny. Nm mengatakan hanya tahu bahwa ia mengalami sakit hipertensi tetapi tidak mengetahui pengertian, tanda dan gejala hipertensi. Ny. Nm mengatakan sering meminun CTM apabila kurang enak badan, maka harus segera dilakukan tindakan keperawatan. Kemungkinan masalah dapat diubah adalah sebagian dengan skor 1, dan pebenaran dengan data subyektif Ny. Nm sangat percaya pada

pengobatan tradisional. Potensial masalah untuk dicegah adalah tinggi dengan skor 3, dan pembenaran dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit yang diderita dan membantu keluarga merawat Ny. Nm. Menonjolnya masalah ada masalah namun tidak segera ditangani dengan skor 1, dan pembenaran dengan data subyektif: keluarga mengatakan Ny. Nm sering tidak bisa minum obat dari dokter dan keluarga mengatakan hanya cocok dengan obat yang dibeli di pasar. Kurang mengetahui tentang masalah hipertensi dengan total skor adalah 3,5. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah hipertensi, dalam penghitungan skoring menggunakan teori.

Menurut NANDA (2010) pemeliharaan tidak efektif diartikan sebagai ketidakmampuan mengidentifikasi, mengatur dan atau mencari pertolongan untuk pemeliharaan kesehatan. Batasan karakteristiknya adalah: 1) Menunjukkan keterbatasan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan dasar. 2) Menunjukkan keterbatasan perilaku adaptif untuk mengubah lingkungan intera/ekstna. 3) Melaporkan atau menunjukkan ketidakmampuan dalam bertanggung jawab untuk memenuhi pelayanan kesehatan dasar dalam beberapa atau semua area fungsi. 4) Riwayat keterbatasan perilaku mencari kesehatan. 5) Mengekspresikan kesehatan dalam memperbaiki perilaku kesehatan. 6) melaporkan atau menunjukkan keterbatasan peralatan. 7) Melaporkan menunjukkan kerusakan suport system personal.

Problem untuk diagnosa pertama penulis tegakkan berdasarkan NANDA (2006) yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif, dimana problem tersebut ditunjang oleh data subyektif: Ny. Nm mengatakan sering sakit kepala dan merasakan nyeri pada punggung dan kakinya. Ny. Ny mengatakan tidak cocok dengan obat dokter. Ny. Nm mengatakan sering meminun CTM di pasar terdekat. Ny. Nm menunjukan CTM yang biasa diminum. Ny. Nm mengatakan setelah minum CTM sakit kepala, nyeri punggung dan nyeri kakinya mereda. Sedangkan data objektif: klen terlihat kesakitan karena sakit kepalanya. Tekanan darah 190/70 mmHg, Nadi 85 x/menit.

Faktor yang dapat dihubungkan dengan pemeliharaan kesehatan tidak efektif menurut NANDA (2006) antara lain: 1) Koping keluarga tidak efektif. 2) Kerusakan persepsi/ kognitif (komplit/ parsial keterbatasan ketrampilan motorik halus/ kasar). 3) Keterbatasan terhadap perubahan yang berarti, kemampuan komunikasi (menulis, verbal atau gestur). 4) Tidak terpenuhinya tugas perkembangan. 5) Keterbatasan sumber materi. 6) Berduka yang terganggu. 7) Distres spiritual. 8) Keterbatasan kemampuan untuk membuat ketenangan melalui keputusan. 9) Koping individu tidak efektif.

Kemampuan keluarga mengenal masalah hipertensi, menurut friedman (2010) diartikan sebagai pemeliharaan kesehatan efektif berhubungan dengan kemampuan keluarga mengenal masalah hipertensi.

Etiologi untuk diagnosa pertama, penulis rumuskan berdasarkan friedman (2010), yaitu: Ny. Nm mengatakan hanya tahu bahwa ia mengalami sakit hipertensi tetapi tidak mengetahui pengertian, tanda dan gejala

hipertensi. Harapan keluarga terhadap penyakit yang dialami Ny. Nm bisa sembuh. Keluarga berharap agar mahasiswa bisa memberikan informasi yang jelas tentang hipertensi. Data obyektif yang ditemukan sewaktu penulis melakukan pengkajian antara lain: Ny. Nm tampak bingung saat ditanya tentang hipertensi.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi keperawatan keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan, namun sebelum melakukan intervensi, penulis terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan.

Pendidikan kesehatan ini akan sangat bermanfaat sekali bagi keluarga Ny. Nm yang pada dasarnya berpendidikan SMA, dan tidak pernah mendapat informasi tentang penyakit hipertensi. Hipertensi dapat dicegah dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi. Dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi diharapkan keluarga mampu melaksanakan tindakan-tindakan yang tepat dalam mengobati dan mencegah terjadinya penyakit hipertensi pada keluarga.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Ny. Nm adalah tentang penyakit hipertensi. Menurut smeltzer (2001) penyusunan didasarkan pada kriteria SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional, and time).

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 kali kunjungan

ke rumah keluarga, maka keluarga mampu mengetahui dan memahami masalah keperawatan yang dialami.

Kriteria hasilnya yaitu: 1) Keluarga mampu memahami tentang penyakit hipertensi. 2) Keluarga mampu memahami dan mengetahui penyebab hipertensi. 3) Keluarga mampu melakukan penatalaksanaan penyakit hipertensi dengan baik.

Intervensi yang disusun antara lain:

1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi.

Rasional : untuk mengetahui sejauh mana keluarga mengenal masalah hipertensi.

2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit yang diderita (hipertensi).

Rasional : untuk mengenalkan tentang penyakit hipertensi cara perawatan anggota keluarga yang sakit dengan benar.

3. Beri motivasi pada keluarga untuk selalu meningkatkan kesehatan dengan memilih cara pengobatan dengan baik dan benar.

Rasional: dengan memberikan motivasi diharapkan keluarga lebih semangat dalam memilih pengobatan yang baik dan benar.

4. Diskusikan dan demonstrasikan dengan keluarga tentang terapi dan perawatan secara tradisional.

Rasional: dengan perawatan secara tradisional, dapat mengurangi efek dari penggunaan obat secara terus-menerus.

Intervensi yang telah disusun di atas telah penulis implementasikan mulai dari pengkajian tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi sampai mendiskusikan dan mendemonstrasikan dengan keluarga tentang terapi dan perawatan secara tradisional.

Dalam melakukan implementasi, penulis tidak mengalami kesulitan ataupun hambatan. Hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti implementasi yang dilakukan. Disamping itu penulis juga menggunakan metode ceramah dan tanya jawab dalam setiap implementasi. Implementasi yang dilakukan antara lain: 1) Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi. Dengan respon subyektif: keluarga mengatakan bersedia untuk dikelola dan respon obyektif: tingkat pengetahuan keluarga tentang hipertensi masih kurang. 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit yang diderita (hipertensi). Dengan respon subyektif: Keluarga mengatakan bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi. Respon obyektif: Keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya. 3) Memberikan motivasi pada keluarga untuk selalu meningkatkan kesehatan dengan memilih cara pengobatan dengan baik dan benar. Dengan respon subyektif: Keluarga mengatakan bersedia untuk mengurangi konsumsi CTM. Respon obyektif: Keluarga terlihat antusias. Seharusnya implementasi yang dilakukan dapat memotivasi keluarga untuk menghentikan konsumsi CTM, karena penggunaan obat yang dilakukan secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama akan dapat menyebabkan ketergantungan pada obat tersebut (Deglin, 2004) dan

menyebabkan iatrogenesis (Lueckenotte (1997)) 4) Mendiskusikan dan mendemonstrasikan dengan keluarga tentang terapi dan perawatan secara tradisional. Dengan respon subyektif: Klien mengatakan akan memilih pengobatan secara tradisional dengan meminum air rebusan daun seledri. Daun seledri mengandung protein, belerang, kalsium, besi, fosfor, vitamin A, B1 dan C. Berdasarkan hasil penelitian, seledri juga mengandung psoralen, zat kimia yang menghancurkan radikal bebas biang penyebab kanker. Tingginya kadar sodium dalam seledri sangat berguna untuk menjaga ketahanan tubuh (Pandjiwinoto. (2009), <http://www.kaskus.us>, diunduh pada tanggal 19 juni 201). Respon obyektif: Keluarga terlihat mempraktekan perebusan daun seledri.

Untuk memudahkan pendidikan kesehatan dan mendemonstrasikan terapi secara tradisional, penulis menggunakan flip chart dan leaflet untuk pendidikan kesehatan, sedangkan untuk mendemonstrasikan cara perebusan seledri penulis menggunakan alat dan bahan: seledri 7 batang, gelas, air 3 gelas belimbing, panci dan kompor.

Setelah dilakukan semua implementasi maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara S (subyektif): Keluarga mengatakan lebih lega karena sudah mendapatkan informasi tentang pengertian, tanda dan gejala serta pengobatan untuk hipertensi. O (Obyektif): Keluarga dan klien terlihat senang. A (Analisa): Masalah teratasi. Keluarga mampu memelihara kesehatan secara efektif dimana keluarga mampu mengenal penyakit hipertensi, pengertian, penyebab,

tanda dan gejala dari penyakit hipertensi. P (planing): Hentikan intervensi dan anjurkan keluarga untuk tetap melakukan pemeriksaan kesehatan.

2. kerusakan pemeliharaan rumah berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan

diagnosa keperawatan di atas penulis prioritaskan berdasarkan penetapan skoring mengenai pertimbangan sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah.

Dilihat dari sifat masalah pada keluarga Ny. Nn adalah aktual dengan skor 3, Dan pembenarannya dengan data subyektif: masalah sudah terjadi, keluarga mengatakan belum mampu melaksanakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah dengan baik. Data obyektif: banyak pakaian kotor menumpuk di kamar tidur dan kamar mandi. Sehingga perlu untuk dilakukan tindakan keperawatan dengan segera. Kemungkinan masalah dapat diubah sebagian/ cukup dengan skor 1, dan pembenaran masalah dapat diubah sebagian karena dilihat dari sumber daya keluarga yang baik. Potensi masalah dapat diubah sebagian/ cukup dengan skor 1, dan pembenaran dengan memberikan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan rumah yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Menonjolnya masalah tidak dirasa dan tidak segera ditangani dengan skor 0, dan pembenaran keluarga tidak merasakan masalah dan keluarga tidak segera mengatasinya. Diagnosa keperawatan kerusakan pemeliharaan rumah dengan total skor 3.

Menurut NANDA (2006) kerusakan pemeliharaan rumah diartikan ketidakmampuan secara bebas dalam pemeliharaan keamanan peningkatan pertumbuhan berhubungan dengan lingkungan. Batasan karakteristik: Subyektif: 1) Anggota keluarga mengekspresikan dalam pemeliharaan rumah yang secara nyaman. 2) Anggota keluarga menggambarkan krisis finansial yang tidak dapat diatasi. 3) Anggota keluarga meminta bantuan dalam pemeliharaan rumah. Obyektif: 1) Gangguan lingkungan sekitar. 2) Tidak ada atau tidak terawat peralatan masak, pakaian atau linen. 3) Sampah dan sisa makanan yang menumpuk. 4) Bau yang mengganggu. 5) Suhu rumah tidak nyaman. 6) Anggota keluarga lemah. 7) Keterbatasan bantuan atau peralatan. 8) Ada kutu, hewan pengerat. 9) Kekambuhan infeksi, gangguan kesehatan.

Faktor yang berhubungan: 1) Anggota keluarga sakit/ cidera. 2) Tidak familiar dengan sumber sekitar. 3) Keterbatasan peran model. 4) Keterbatasan pengetahuan. 5) Tidak cukup pengorganisasian dan perencanaan.

Etiologi untuk diagnosa yang kedua, penulis rumuskan berdasarkan Friedman (1998), yaitu: keterbatasan pengetahuan berdasarkan data yang didapat antara lain: subyektif: keluarga mengatakan kebingungan menata rumahnya karena rumahnya sempit. Data subyektif: perabotan berdebu. Barang-barang di rumah terlihat tidak rapi dan tidak tertata dengan baik. Banyak pakaian kotor menumpuk di dalam kamar tidur dan kamar mandi.

Adapun untuk menyelesaikan masalah-masalah di atas penulis menyusun intervensi keperawatan keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat, namun sebelum melakukan intervensi, penulis

terlebih dahulu melakukan kontrak atau persetujuan dengan keluarga yang meliputi tujuan, lama kontrak dan materi yang akan disampaikan. Pendidikan kesehatan ini akan sangat bermanfaat bagi keluarga Ny.Nn yang pada dasarnya berpendidikan SMA, dan tidak pernah mendapatkan informasi tentang rumah sehat. Penatalaksanaan rumah sehat dapat dilakukan dengan cara, antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga tentang rumah sehat. Dengan meningkatkan pengetahuan tentang rumah sehat diharapkan keluarga mampu melaksanakan penatalaksanaan rumah sehat sehingga rumah menjadi nyaman dan keluarga terhindar dari masalah kesehatan lainnya.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan di rumah Ny. Nn adalah tentang rumah sehat. Menurut smeltzer (2001) penyusunan didasarkan pada kriteria SMART (spesifik, measurable, achievable, rasional dan time):

Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosa keperawatan keluarga yang kedua yaitu setelah dilakukan 5 kali kunjungan ke keluarga, dan mampu menjaga kebersihan dalam rumah. Tujuan jangka pendek: setelah dilakukan pertemuan 1x60 menit keluarga mampu memahami dan mengetahui penatalaksanaan rumah

Kriteria hasil yaitu: Keluarga mampu memahami tentang rumah sehat. Keluarga mampu melakukan penatalaksanaan rumah sehat.

Intervensi yang disusun antara lain:

1. Kaji pengetahuan keluarga tentang rumah sehat.

Rasional: untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga tentang rumah sehat

2. Berikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat.

Rasional: untuk mengenalkan rumah sehat kepada keluarga agar keluarga mempunyai informasi yang baik.

3. Diskusikan dengan keluarga tentang penatalaksanaan rumah sehat.

Rasional:

4. Motivasi keluarga untuk menjaga kebersihan rumah

Rasional: dengan memberikan motivasi, keluarga termotivasi untuk merawat kesehatan rumah dengan lebih baik.

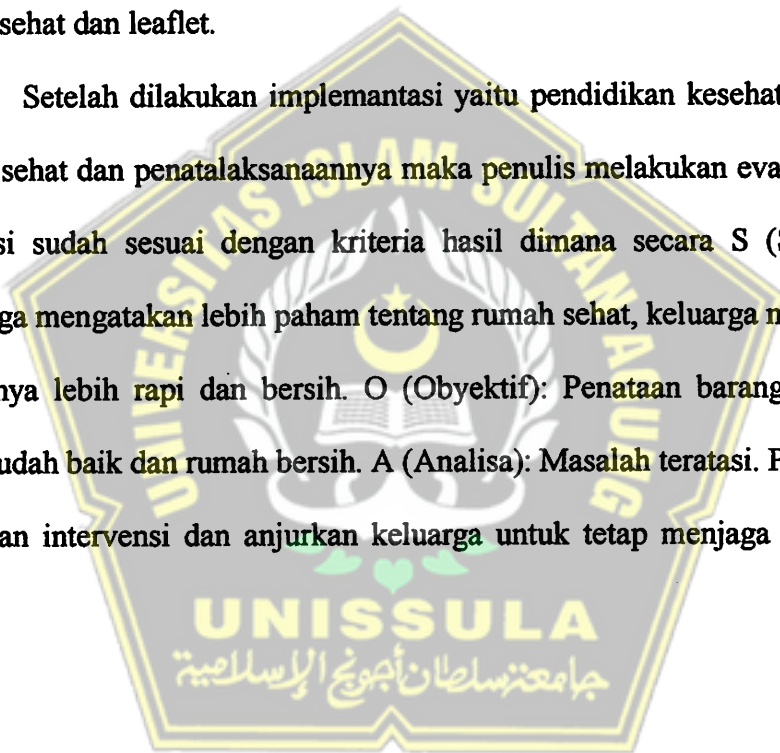
Intervensi yang telah disusun diatas semuanya telah penulis implementasikan mulai dari mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang rumah sehat sampai memotivasi keluarga untuk menjaga kebersihan rumah.

Dalam melakukan implementasi penulis tidak mengalami kesulitan atau hambatan, hal ini dikarenakan keluarga sangat kooperatif dan antusias mengikuti implementasi yang dilakukan oleh penulis. Di samping itu penulis menggunakan metode ceramah dan tanya jawab. Implementasi yang dilakukan antara lain: 1) Mengkaji pengetahuan keluarga tentang rumah sehat. Dengan respon subyektif: Keluarga mengatakan mau untuk dikelola dan dikaji. Respon obyektif: Tingkat pengetahuan keluarga tentang rumah sehat masih kurang. 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat. Dengan respon subyektif: keluarga bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang rumah sehat. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya. 3) Mendiskusikan dengan keluarga tentang penatalaksanaan rumah sehat. Dengan respon subyektif: klien mengatakan

bersedia untuk melakukan diskusi tentang rumah sehat. Respon obyektif: keluarga terlihat antusias dan banyak bertanya. 4) Memotivasi keluarga untuk menjaga kebersihan rumah. Dengan respon subyektif: keluarga mengatakan akan selalu membersihkan rumah. Respon obyektif: klien terlihat antusias.

Untuk mempermudah pendidikan kesehatan tentang rumah sehat penulis menggunakan alat bantu flip chart untuk menampilkan materi tentang rumah sehat dan leaflet.

Setelah dilakukan implementasi yaitu pendidikan kesehatan tentang rumah sehat dan penatalaksanaannya maka penulis melakukan evaluasi, hasil evaluasi sudah sesuai dengan kriteria hasil dimana secara S (Subyektif): Keluarga mengatakan lebih paham tentang rumah sehat, keluarga mengatakan rumahnya lebih rapi dan bersih. O (Obyektif): Penataan barang di rumah klien sudah baik dan rumah bersih. A (Analisa): Masalah teratasi. P (Plening): Hentikan intervensi dan anjurkan keluarga untuk tetap menjaga kebersihan rumah.



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 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 pendidikan kesehatan tentang rumah sehat.
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

- Boughman, Diane C. 2000. *Keperawatan medikal bedah : buku saku untuk Bruner dan Suddarth*. Jakarta : EGC
- Carpenito, L.J. 2006. *Buku saku diagnosa keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku saku patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Doenges, Marilyn E. 2000. *Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawat pasien*. Jakarta : EGC
- Fredman, Marilyn. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan praktek. Edisi 5*. Jakarta: EGC
- Gray, Huon H, dkk. 2007. *Lecture notes kardiologi*. Edisi keempat. Jakarta : Erlangga
- Lueckenotte. 1997. *Seri Pedoman Praktis Pengkajian Gerontologi. Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Mubarak, Wahit Iqbal. *Ilmu keperawatan komunitas konsep dan aplikasi. Buku 2*. Jakarta : Salemba Medika
- Murwani, Arita. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep Dan Aplikasi Kasus*. Yogyakarta : Mitra Cendika Press
- NANDA Internasional. (2011). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Alih bahasa Made Sumarwati, Dwi W & Estu T. Jakarta: EGC.
- Puspitorini, Myra. 2008. *Hipertensi Cara Mudah Mengatasi Tekanan Darah Tinggi*. Jogjakarta : IMAGE PRESS
- Riyadi, Sujono. 2009. *Asuhan keperawatan pada anak*. Yogyakarta : GRAHA ILMU
- Ruhyandudin, Faqih. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Malang : UPT. Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang

- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga. Edisi pertama.* Yogyakarta : Graha Ilmu
- Smeltzer, suzane C. 2001. *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddarth.* Jakarta : EGC
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural.* Jakarta : EGC
- Sudoyo, Aru W, dkk. 2006. *Buku ajar ilmu penyakit dalam.* Jakarta : Pusat penerbitan departemen ilmu penyakit dalam FKUI
- Armilawaty. 2007. *Hipertensi dan Faktor Risikonya Dalam Kajian Epidemiologi.* <http://www.depkominfo.go.id>. diunduh pada 7 April 11.
- Karnadi, J. 2007. *Medical dictionary definition of hypertension.* <http://www.CerminDuniaKedokteran.com>. Diakses tanggal 1 Oktober 2007.
- Pandjiwinoto. (2009), *manfaat daun seledri.* <http://www.kaskus.us>, diunduh pada tanggal 19 juni 2011.

