

LAPORAN ELEKTIF

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. H PADA GANGGUAN
KARDIOVASKULER : HIPERTENSI DENGAN PEMBERIAN
KEBUTUHAN DASAR PROMOSI KESEHATAN
PENURUNAN TEKANAN DARAH
PADA LANSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS
BATUNADUA**



ELEKTIF

**Disusun oleh :
Surya Rahmat Agung
Nim : 20040069**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS FAKULTAS
KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

LAPORAN ELEKTIF

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. H PADA GANGGUAN
KARDIOVASKULER : HIPERTENSI DENGAN PEMBERIAN
KEBUTUHAN DASAR PROMOSI KESEHATAN
PENURUNAN TEKANAN DARAH
PADA LANSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS
BATUNADUA**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Profesi Ners



ELEKTIF

**Disusun oleh :
Surya Rahmat Agung
Nim : 20040069**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS FAKULTAS
KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN. H PADA GANGGUAN
KARDIOVASKULER : HIPERTENSI DENGAN PEMBERIAN
KEBUTUHAN DASAR PROMOSI KESEHATAN
PENURUNAN TEKANAN DARAH
PADA LANSIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS
BATUNADUA**

Laporan hasil praktik klinik Profesi Peminatan ini telah di seminarkan di hadapan
oleh tim penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas
Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan

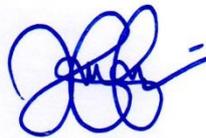
Padangsidimpuan, Februari 2022

Pembimbing



Mastiur Napitupulu, SKM, M.Kes

Penguji



Ns. Mei Adelina Harahap, M. Kes

Ketua Program Studi
Pendidikan Profesi Ners




Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM

Dekan Fakultas Kesehatan



Arinil Hidayah, SKM, M.Kes

IDENTITAS PENULIS

Nama : Surya Rahmat Agung

NIM : 20040069

Tempat/TanggalLahir : Sangkunur / 18 Maret 1998

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Bukkas Malombu Kec. Angkola Sangkunur

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 100430 Bukkas Malombu : Lulus tahun 2010
2. SMP Negri 4 Bukkas Malombu : Lulus tahun 2013
3. SMK Kesehatan Sisimpuan Husada : Lulus tahun 2016
4. S. Kep UNAR Padangsidimpuan : Lulus Tahun 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran tuhan yang maha esa karena berkat rahmat dan hidayah-nya peneliti dapat menyusun laporan elektif yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua”**. Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Profesi Ners Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M. Kes, selaku dekan fakultas kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Aufa Royhan Padangsidempuan,
3. Mastiur Napitupulu, S.KM, M. Kes selaku pembimbing, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
4. Kepala Puskesmas Batunadua yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Profesi Ners Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

6. Pada Responden sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Oktober 2021

Penyusun

Surya Rahmat Agung

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, Oktober 2021
Surya Rahmat Agung

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler :
Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan
Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua

ABSTRAK

Hipertensi adalah sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas). Tujuan penulisan keperawatan gerontik ini yaitu dapat melakukan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua. karya tulis ilmiah ini adalah *Descriptive analytic* dengan pendekatan studi kasus (*care study approach*). Data diperoleh dari hasil observasi wawancara, pemeriksaan fisik, dan study dokumentasi. Respondennya adalah pasien penderita hipertensi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan pemberian promosi kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan terhadap keluarga. Disarankan kepada penderita hipertensi dan keluarga dapat mengerti mengenai promosi kesehatan tentang hipertensi.

**Kata kunci : Hipertensi, Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan
DaftarPustaka :18 (2009-2017)**

NERS PROFESI
UNIVERSITY AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN CITY

The research report, Oktober 2021
Surya Rahmat Agung

*Family Nursing At Mr. A With Cardiovascular Disorders: Hypertension With
Basic Needs To Promote Blood Pressure Reduction In The Elderly In The
Working Area Of Health Center Batunadua*

Abstract

Hypertension is a medical condition in which people whose blood pressure increases above normal, namely 140/90 mmHg and can experience the risk of illness (morbidity) and even death (mortality). The purpose of this gerontic nursing writing is to be able to carry out Family Nursing Care for Mr. A With Cardiovascular Disorders: Hypertension By Providing Basic Needs Health Promotion Reduction of Blood Pressure in the Elderly in the Work Area of Batunadua Health Center. This scientific paper is descriptive analytic with a case study approach (care study approach). The data were obtained from the results of interview observations, physical examinations, and study documentation. The respondents are patients with hypertension. After nursing care for hypertensive patients with the provision of health promotion can increase knowledge of the family. It is recommended that people with hypertension and their families can understand about health promotion about hypertension.

Key words : Hypertension, Basic Health Promotion Needs
Bibliography: 18 (2008-2017)

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK.....	iv
IDENTITAS PENULIS	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	4
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Masalah.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi	7
2.2 Pendidikan Kesehatan	18
2.3 Kosep Keluarga.....	27
2.4 ASKEP Keluarga	34
BAB III LAPORAN KASUS	
3.1 Pengkajian	41
3.2 Analisa Data.....	58
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	61
3.4 Intervensi Keperawatan	64
3.5 Implementasi Keperawatan	64
3.6 Evaluasi	64
BAB IV PEMBAHASAN	
3.1 Pengkajian	68
3.2 Analisa Data.....	69
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	71
3.4 Intervensi Keperawatan	72
3.5 Implementasi Keperawatan	72
3.6 Evaluasi	72
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
4.1 Kesimpulan	74
4.2 Saran.....	75
LAMPIRAN	
DAFTAR PUSTAKA	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

WHO (World Health Organization) memperkirakan penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 60% kematian dan 43% kesakitan di seluruh dunia. Perubahan pola struktur masyarakat dari agraris ke industri diikuti oleh perubahan gaya hidup, sosial ekonomi masyarakat diduga sebagai suatu hal yang melatarbelakangi meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular, sehingga angka kejadian penyakit tidak menular semakin bervariasi dalam transisi epidemiologi. Salah satu penyakit yang termasuk dalam kelompok penyakit tidak menular tersebut yaitu hipertensi. Hipertensi selain dikenal sebagai penyakit, juga merupakan faktor risiko penyakit jantung, pembuluh darah, ginjal, stroke dan diabetes mellitus, World Health Organization (WHO) Tahun 2017 melaporkan setidaknya terdapat 975 juta kasus hipertensi di dunia dan akan meningkat menjadi 1,1 milyar kasus pada tahun 2025 atau sekitar 29 % penduduk dunia. Dimana 333 juta kasus di negara maju dan 639 juta kasus di negara-negara berkembang termasuk Indonesia (Depkes RI, 2018).

Prevalensi hipertensi di Indonesia menurut Riskesdas tahun 2018 yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 34,1 %. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 8,4 %, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 8,8 %, yang minum obat sendiri. Penyakit terbanyak pada usia lanjut berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 adalah hipertensi dengan

prevalensi 45,9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65,74% dan 63,8% pada usia ≥ 75 tahun.

Hipertensi di Sulawesi Tenggara tahun 2017 tercatat masih sangat tinggi yaitu 11.265 kasus dan pada tahun 2018 tercatat sebesar 41.818 kasus, dari data yang terdiagnosis hipertensi tertinggi pada perempuan yaitu sebanyak 21.007 jiwa (34,47%) dan terendah pada laki-laki sebanyak 20.811 jiwa (50,32%).

Prevalensi hipertensi meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, aktivitas fisik, dan stres psikososial. Hipertensi sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat (*public health problem*) dan akan menjadi masalah yang lebih besar jika tidak ditanggulangi sejak dini. Pengendalian hipertensi, bahkan di negara maju pun, belum memuaskan. (Depkes RI, 2017).

Menurut *Join National on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC)* (2014) hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, memiliki rentang dari normal tinggi sampai hipertensi emergensi.

Hipertensi terjadi berkaitan dengan beragam faktor risiko, baik yang tidak dapat diubah maupun dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi genetik, keadaan gizi, dan umur. Faktor risiko yang dapat diubah adalah kegemukan, diet, dan aktifitas fisik/olahraga. Dilain pihak kegemukan disebabkan oleh konsumsi makanan berlebih dan aktivitas fisik/olahraga kurang (Muhammadun, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati (2013) di Desa Pondok Kecamatan Nguter Kabupaten Sukoharjo, menyatakan

bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi adalah aktifitas fisik dan konsumsi garam yang berlebihan.

Penanganan hipertensi akan lebih baik jika diintegrasikan dengan sistem kesehatan karena menyangkut aspek ketenagaan, sarana dan obat-obatan. Obat yang telah berhasil diproduksi teknologi kedokteran harganya masih relatif mahal sehingga menjadi kendala penanganan hipertensi, terutama bagi yang memerlukan pengobatan jangka panjang (Depkes RI, 2007).

Pengendalian penyakit hipertensi dilakukan dengan cara promosi kesehatan dengan harapan bahwa dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri serta kondisi lingkungan sosial dengan meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup sehat. Preventif juga menjadi cara penanganan hipertensi dengan melarang merokok, peningkatan gizi seimbang, aktifitas fisik dengan mencegah timbulnya faktor resiko menjadi lebih buruk, menghindari terjadinya rekurensi faktor resiko. (Heri, 2009). Proporsi penderita hipertensi yang tidak rutin dan tidak minum obat sangat tinggi yaitu sebesar 32,3% tidak rutin berobat dan tidak minum obat sebesar 13,3% dengan berbagai macam alasan yaitu sudah merasa sehat, tidak rutin ke faskes, sering lupa dan tidak mampu membeli obat. (Riskesdas, 2018).

Salah satu peran perawat adalah sebagai tenaga pendidikan atau memberi pelayanan kesehatan melalui pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan adalah pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tau dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada

hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan juga dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode dan media (Nugroho, 2014).

Metode yang dipergunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah metode ceramah. Media penyuluhan yang digunakan ke-lompok yaitu media cetak (*leaflet*, kalender, poster, *booklet*, dan lain-lain), media papan (*Billboard*), dan media elektronik seperti video. Media penyuluhan tersebut mempunyai peran penting dalam melakukan kegiatan pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Oleh karena itu penulis ingin mengetahui bahwa pendidikan kesehatan dengan metode pemberian penyuluhan dengan menggunakan leaflet dapat berpengaruh untuk masalah hipertensi di wilayah kerja Batunadua Kota Padangsidempuan. Membantu keluarga klien tentang masalah keperawatan keluarga tentang pendidikan kesehatan terhadap penurunan tekanan darah.

Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bahwa pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan lansia yang menderita hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua.

1.2. Rumusan Masalah.

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang diatas maka dapat dirumuskan permasalahan “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua”.

1.3. Tujuan Penulisan.

1. Tujuan Umum.

Dapat melakukan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua.

2. Tujuan Khusus.

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan hipertensi
- b. Penulis mampu melakukan diagnose keperawatan pada klien dengan hipertensi
- c. Penulis mampu melakukan rencana asuhan keperawatan pada klien hipertensi
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada klien dengan hipertensi
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan hipertensi
- f. Penulis mampu menganalisa hasil pemberian promosi kesehatan dalam mengatasi hipertensi pada lansia.

1.4. Manfaat

a. Teoritis

Sebagai pengembangan ilmu tentang Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua.

b. Praktis

Sebagai dasar pengembangan Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. A Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Hipertensi Dengan Pemberian Kebutuhan Dasar Promosi Kesehatan Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Batunadua.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1. Pengertian

Hipertensi berarti tekanan darah didalam pembuluh-pembuluh darah sangat tinggi. Pembuluh-pembuluh darah yang dimaksud disini adalah pembuluh darah yang mengangkut darah dari jantung yang memompa darah keseluruh jaringan dan organ-organ tubuh (Susuilo & Wulandari, 2011).

Hipertensi atau biasa dikenal dengan penyakit darah tinggi didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal, baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik. Pada umumnya, tekanan darah sistolik yang nilainya diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg sudah dianggap merupakan garis batas hipertensi (Junaidi, 2010).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas). Penyakit ini sering dikatakan sebagai the silent diseases (Rusdi & Isnawati, 2009).

2.1.2 Etiologi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu :

2.1.2.1 Hipertensi primer /hipertensi essensial

Hipertensi ini penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak dan pola makan. Penyebab ini mencapai 90% yang terjadi pada penderita hipertensi (Triyanto, 2014).

2.1.2.2 Hipertensi sekunder /hipertensi non essensial

Hipertensi ini diketahui penyebabnya sekitar 10%, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperadrenaldosteronisme) (Triyanto, 2014).

2.1.3 Faktor Risiko Hipertensi

2.1.3.1 Faktor Risiko Hipertensi Yang Tidak Dapat Dirubah

Berikut adalah beberapa faktor risiko hipertensi, antara lain:

a. Keturunan atau genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan anggota keluarga itu mempunyai faktor risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium. Seseorang dengan orang tua yang menderita hipertensi berisiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi. Kasus hipertensi esensial 70-80% diturunkan dari orang tuanya (Anggraini *et al.*, 2009).

b. Jenis kelamin

Prevalensi penderita hipertensi pada wanita lebih banyak dari pada laki-laki. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam

mencegah terjadinya aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia menopause. Pada wanita premenopausal mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormone estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dan kerusakan. Proses ini berlanjut di mana hormone estrogen tersebut merubah kuantitasnya sesuai dengan usia wanita 45-55 tahun. Dari hasil penelitian didapatkan hasil lebih dari setengah penderita hipertensi berjenis kelamin wanita sekitar 56,5% (Anggarini *et al.*, 2009).

c. Usia

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50–60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor. Dengan bertambahnya umur, maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah sistolik meningkat karena kelenturan pembuluh darah besar yang berkurang pada penambahan umur sampai dekade ketujuh sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai dekade kelima dan keenam kemudian menetap atau cenderung menurun. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor pada usia lanjut sensitivitasnya sudah berkurang,

sedangkan peran ginjal juga sudah berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun (Anggarini *et al.*, 2009).

2.1.3.2 Faktor Risiko Hipertensi Yang Dapat Dirubah

a. Aktivitas fisik /olahraga

Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah dan melatih otot jantung menjadi terbiasa apabila jantung harus melakukan pekerjaan lebih berat karena adanya kondisi tertentu. Kurangnya aktivitas meningkatkan risiko obesitas. Orang-orang-orang yang tidak aktif cenderung memiliki detak jantung yang lebih cepat dan otot jantung mereka harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, semakin keras dan sering jantung memompa maka semakin besar pula kekakuan yang mendesak arteri. Olah raga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, jogging, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu (Kemenkes RI, 2013).

b. Obesitas

Berdasarkan penyelidikan, obesitas merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi dikemudian hari. Walaupun belum dapat dijelaskan hubungan antara obesitas dan hipertensi essensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibanding dengan penderita yang mempunyai berat badan normal (Triyanto, 2014).

Obesitas dapat ditentukan dari hasil indeks massa tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun.

Cara menghitung IMT dengan rumus :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan}^2}$$

Klasifikasi IMT yang dipakai pada penelitian ini berdasarkan klasifikasi IMT dari Depkes RI, yaitu :

Tabel 1. Klasifikasi IMT

Klasifikasi	Indeks Massa Tubuh (IMT) (kg/m²)
Kurus	IMT <18,5
Normal	IMT ≥18,5 – 24,9
Berat badan lebih	IMT ≥25,0 – <27
Obesitas	IMT ≥27,0

Sumber: Kemenkes, 2013

c. Konsumsi garam berlebih

WHO merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan adalah kurang dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram atau 6 gram garam) per hari. Konsumsi natrium yang berlebih dapat menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan tubuh ekstraseluler meningkat. Untuk normalnya cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak pada tekanan darah tinggi (Anggraini *et al.*, 2009).

d. Merokok

Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis yang mengalami aterosklerosis (Anggraini *et al.*, 2009).

e. Konsumsi alkohol

Banyak penelitian membuktikan bahwa alkohol dapat merusak jantung dan organ-organ lain, termasuk pembuluh darah. Kebiasaan meminum alkohol berlebihan termasuk salah satu faktor risiko hipertensi. Alkohol juga membuat kecanduan yang akan sangat menyulitkan untuk lepas (Susilo & Wulandari, 2011).

f. Stress

Hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis. Peningkatan saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu). Stress yang berkepanjangan dapat meningkatkan tekanan darah menetap tinggi (Triyanto, 2014). Sedangkan menurut Anggraini *et al.* (2009) stress akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis.

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi masih belum jelas, banyak faktor yang saling berhubungan terlibat dalam peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi esensial. Namun, pada sejumlah kecil pasien penyakit ginjal atau korteks adrenal (2% dan 5%) merupakan penyebab utama peningkatan tekanan darah (hipertensi sekunder) namun selebihnya tidak terdapat penyebab yang jelas pada pasien penderita hipertensi esensial. Beberapa mekanisme fisiologi turut berperan aktif

pada tekanan darah normal dan yang terganggu. Hal ini mungkin berperan penting pada perkembangan penyakit hipertensi esensial (Crea, 2008).

Mekanisme yang mengontrol konstriksi 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, dengan dilepaskannya norepineprin akan mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor (Hasdianah & Suprpto, 2014).

Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, 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, menyebabkan

peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Hasdianah & Suprpto, 2014).

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi 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 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 curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Hasdianah & Suprpto, 2014).

2.1.5 Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi dapat dikategorikan berdasarkan *Mean Arterial Pressure* (MAP). MAP adalah tekanan darah antara sistolik dan diastolik, karena diastolik berlangsung lebih lama daripada sistolik maka MAP setara dengan 40% tekanan sistolik ditambah 60% tekanan diastolik (Woods *et al.*, 2009). Adapun rumus MAP adalah tekanan darah sistolik ditambah dua kali tekanan darah diastolik dibagi 3. Rentang normal MAP adalah 70 mmHg – 99 mmHg. Kategori hipertensi berdasarkan nilai MAP terdapat pada tabel 2.

Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia diatas 18 tahun berdasarkan nilai Mean Arterial Pressure.

Kategori	Nilai MAP
Normal	70 – 99 mmHg
Normal tinggi	100 – 105 mmHg
Stadium 1 (hipertensi ringan)	106 – 119 mmHg
Stadium 2 (hipertensi sedang)	120 – 132 mmHg
Stadium 3 (hipertensi berat)	133 – 149 mmHg
Stadium 4 (hipertensi maligna /sangat berat)	150 mmHg atau lebih

Sumber: Woods *et al.*, 2009

Tekanan darah dapat ditentukan dari nilai rata-rata dua kali pengukuran atau lebih dari kunjungan yang berbeda, kecuali bila terdapat kenaikan tekanan yang tinggi dari ukuran sebelumnya, atau jika muncul gejala klinis berupa sakit kepala, perdarahan hidung, mudah marah, telinga berdenging, rasa berat ditenguk, sulit tidur, mata berkunang-kunang atau mudah pusing (Vitahealth, 2006).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala yang khusus. Meskipun secara tidak sengaja, beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan hipertensi padahal sesungguhnya bukan hipertensi. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala sebelah, wajah kemerahan, mata berkunang-kunang, sakit tengkuk, dan kelelahan (Susilo & Wulandari, 2011).

Menurut Triyanto (2014) sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan intrakranial. Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

2.1.7 Komplikasi

2.2.7.1 Stroke

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 hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak mengalami aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Triyanto, 2014).

2.2.7.2 Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang aterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distimia, hipoksia jantung dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Triyanto, 2014).

2.2.7.3 Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang,

menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik (Triyanto, 2014).

Sedangkan menurut Kowalak (2016) komplikasi hipertensi meliputi; Krisis hipertensi, penyakit arteri perifer, aneurisma, aorta dissecting, PJK, angina, infark miokard, gagal jantung, aritmia, kematian mendadak, serangan iskemik sepintas, stroke, retinopati, ensefalopati hipertensi dan gagal ginjal

2.1.8 Penatalaksanaan

2.2.8.1 Terapi Non-farmakologi

Menurut (Sukandar, *et al.* 2012) penderita pre-hipertensi dan hipertensi sebaiknya dianjurkan untuk memodifikasi gaya hidup, termasuk diantaranya:

- a. Penurunan berat badan jika kelebihan berat badan
- b. Melakukan diet makanan yang diambil DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).
- c. Mengurangi asupan natrium hingga lebih kecil sama dengan 2,4 g/hari (6 g/hari NaCl)
- d. Melakukan aktivitas fisik seperti aerobik
- e. Mengurangi konsumsi alkohol
- f. Menghentikan kebiasaan merokok

2.2 Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: *input* adalah sasaran pendidikan

(individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), *output* adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2012).

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

2.2.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Susilo (2011) tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari :

1. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Menurut WHO (1954) pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Seperti kita ketahui bila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Masalah ini harus benar-benar dikuasai oleh semua kader kesehatan di semua tingkat dan jajaran, sebab istilah sehat, bukan sekedar

apa yang terlihat oleh mata yakni tampak badannya besar dan kekar. Mungkin saja sebenarnya ia menderita batin atau menderita gangguan jiwa yang menyebabkan ia tidak stabil, tingkah laku dan sikapnya. Untuk menapai sehat seperti definisi diatas, maka orang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat.

2. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, apalagi adat kepercayaan yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak segampang itu untuk mengubahnya. Hal itu melalui proses yang sangat panjang karena kebudayaan adalah suatu sikap dan perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar.

Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan mengubah perilaku belum sehat menjadi perilaku sehat, namun perilaku tersebut ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu perilaku tersebut dikategorikan secara mendasar. Susilo membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam yaitu :

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan pada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Itulah

sebabnya dalam hal ini Pelayanan Kesehatan Dasar (PHC = *Primary Health Care*) diarahkan agar dikelola sendiri oleh masyarakat, dalam hal bentuk yang nyata adalah PKMD. Contoh PKMD adalah Posyandu. Seterusnya dalam kegiatan ini diharapkan adanya langkah-langkah mencegah timbulnya penyakit.

- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.

2.2.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Susilo (2011) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan di Indonesia adalah:

- a. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
- b. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja. Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama swasta maupun negeri.
- c. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individu.

2.2.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu :

- a. Metode Individual (Perorangan)

Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu :

- b. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*)
- c. Wawancara (*interview*)
- d. Metode Kelompok
- e. Metode kelompok ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan. Kelompok besar
- f. Ceramah

Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

- g. Seminar

Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar sendiri adalah presentasi dari seorang ahli atau beberapa orang ahli dengan topik tertentu.

- h. Kelompok kecil

- i. Diskusi kelompok

Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.

1. Curah pendapat (*Brain storming*)

2. Merupakan hasil dari modifikasi kelompok, tiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut di tulis di papan tulis, saat memberikan pendapat tidak ada yang boleh mengomentari pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi. Bola salju

(*Snow balling*).

Setiap orang di bagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbulah diskusi.

3. Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok di bagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

4. Bermain peran (*Role play*)

5. Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat atau bidan, sedangkan anggotayang lain sebagai pasien atau masyarakat.

6. Permainan simulasi (*Simulation game*)

j. Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan dsajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk memainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber. Metode Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa.

2.2.5 Model Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam (2008) perawat sebagai pendidik harus memiliki kemampuan untuk mengkaji kekuatan dan dampak yang ditimbulkan oleh intervensi keperawatan terhadap perilaku subyek yang dapat memperkaya, memberikan informasi dan melengkapi perilaku subyek yang diinginkan. Model pendidikan kesehatan yang dapat digunakan oleh perawat adalah sebagai berikut:

1. Model Perilaku Individu

Ada dua model yang sering digunakan untuk menjelaskan faktor penentu dari perilaku preventif, yaitu model nilai kesehatan dan model promosi kesehatan. Secara mendasar model nilai kesehatan ditunjukkan untuk promosi peningkatan perilaku sehat daripada mengulangi faktor penyebab. Model ini berfokus pada orientasi mencegah penyakit yang spesifik. Dimensi yang digunakan pada model nilai kesehatan meliputi kepekaan, keparahan, penghalang yang dirasakan, variabel struktural serta sosiopsikologis lainnya. Sedangkan model promosi kesehatan merupakan modifikasi nilai kesehatan dan lebih memfokuskan pada prediksi perubahan perilaku akibat promosi kesehatan. Model Pemberdayaan Masyarakat.

2. Perubahan perilaku yang terjadi pada individu belum membawa dampak yang berarti pada perubahan perilaku di masyarakat. Sehingga perawat perlu membantu individu dan keluarga yang telah berubah perilakunya yang ditampilkan pada komunitas. Fokus proses pemberdayaan masyarakat adalah komunikasi, informasi, dan

pendidikan kesehatan (WHO, 1994). Di Indonesia sering disebut komunikasi informasi dan edukasi (KIE) yang ditujukan pada individu, keluarga, dan kelompok. Strategi yang dapat digunakan oleh perawat dalam rangka KIE adalah pembelajaran pemecahan masalah (*problem solving*), memperluas jaringan kerja (*networking*), bernegosiasi dengan pihak yang bersangkutan (*negotiating*), pendekatan untuk mempengaruhi orang lain (*lobbying*) dan pencarian informasi (*information seeking*) untuk meningkatkan derajat kesehatan kliennya.

2.2.6 Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Nursalam (2008) media pendidikan kesehatan adalah saluran komunikasi yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan. Media dibagi menjadi 3, yaitu: cetak, elektronik, media papan (*billboard*).

1. Media cetak
2. Booklet : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk pesan tulisan maupun gambar, biasanya sasarannya masyarakat yang bisa membaca. Leaflet penyampaian pesan melalui lembar yang dilipat biasanya berisi gambar atau tulisan atau biasanya kedua-duanya.
 - a. Flyer (selebaran) : seperti leaflet tetapi tidak berbentuk lipatan.
 - b. Flip chart (lembar balik) : informasi kesehatan yang berbentuk lembar balik dan berbentuk buku. Biasanya berisi gambar dibaliknya berisi pesan kalimat berisi informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
 - c. Rubik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai hal yang berkaitan dengan hal kesehatan.
 - d. Poster : berbentuk media cetak berisi pesan-pesan kesehatan biasanya

ditempel di tembok-tembok tempat umum dan kendaraan umum.

e. Foto : yang mengungkapkan masalah informasi kesehatan.

3. Media elektronik

a. Televisi : dalam bentuk ceramah di TV, sinetron, sandiwara, dan forum diskusi tanya jawab dan lain sebagainya.

b. Radio : bisa dalam bentuk ceramah radio, sport radio, obrolan tanya jawab dan lain sebagainya.

c. Video Compact Disc (VCD).

d. Slide : slide juga dapat digunakan sebagai sarana informasi.

Film strip juga bisa digunakan menyampaikan pesan kesehatan. Media papan (bill board). Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dan dapat dipakai dan diisi pesan-pesan kesehatan.

2.3 Keperawatan Keluarga

2.3.1 Prinsip Keperawatan Keluarga

Ada beberapa prinsip utama yang harus dipegang oleh perawat keluarga yaitu:

- a. Keluarga dijadikan sebagai unit dalam pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini keluarga dipandang sebagai klien atau sebagai fokus utama pengkajian keperawatan. Keluarga dipandang sebagai system yang berinteraksi, dimana fokusnya adalah dinamika dan hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga serta saling ketergantungan subsistem keluarga dengan kesehatan dan keluarga dengan lingkungan luarnya.

- b. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga sehat adalah sebagai tujuan utamanya dengan cara meningkatkan status kesehatan keluarga agar keluarga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan keluarga.
- c. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, perawat harus melibatkan peran serta aktif seluruh keluarga dalam merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya.
- e. Diusahakan mengutamakan kegiatan lebih bersifat promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Ada 3 tingkatan pencegahan terhadap kesehatan keluarga yaitu:

1. Pencegahan primer, yang meliputi peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang untuk mencegah orang bebas dari penyakit dan cedera.
 2. Pencegahan sekunder, yang terdiri dari deteksi dini, diagnosis dan pengobatan
 3. Pencegahan tersier, yang mencakup tahap penyembuhan dan rehabilitasi, dirancang untuk meminimalkan tingkat fungsinya
- a. Dalam memberikan asuhan keperawatan agar memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin.
 - b. Sasaran asuhan keperawatan kesehatan keluarga adalah keluarga secara keseluruhan.

- c. Pendekatan yang dipergunakan dalam memberikan asuhan keperawatan adalah dengan pendekatan pemecahan masalah dengan menggunakan proses keperawatan.
- d. Kegiatan utama dalam memberikan asuhan keperawatan adalah penyulahan kesehatan dan asuhan keperawatan kesehatan dasar/perawatan dirumah.
- e. Diutamakan terhadap keluarga yang resiko tinggi, karena keluarga dengan resiko tinggi berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan yang mereka hadapi yang disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mengatasi berbagai masalah yang mereka hadapi.
- f. Partisipasi keluarga aktif dilakukan. Dasar pemikiran yang diterapkan adalah bahwa keluarga memiliki hak dan tanggung jawab untuk membuat keputusan-keputusan menyangkut kesehatan mereka sendiri, partisipasi aktif dari keluarga adalah suatu pendekatan esensial yang dimaksudkan dalam strategi intervensi keperawatan keluarga keperawatan keluarga.

2.3.2 Tugas Keperawatan Keluarga

Untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. Freeman (1981) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga, yaitu :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

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

2.3.2 Peran dan Fungsi Keperawatan Keluarga

1. Peran perawat keluarga

Dalam upaya memandirikan keluarga untuk merawat anggota keluarga, sehingga keluarga mampu melakukan fungsi dan tugas kesehatan sebagaimana yang dikemukakan oleh Friedman, yaitu diharapkan keluarga mampu mengidentifikasi 5 fungsi dasar yaitu : fungsi efektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan fungsi perawatan keluarga. Perawatan kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga. Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga adalah :

a. Edukator

Perawat kesehatan keluarga harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar : keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga. Kemampuan pendidik ini perlu didukung kemampuan tentang pemahaman bagaimana keluarga dapat melakukan proses belajar mengajar. Secara umum tujuan proses pembelajaran adalah untuk mendorong perilaku sehat atau

mengubah perilaku yang tidak sehat. Sedangkan tujuan khusus yang ingin dicapai adalah :

1. Pendidikan untuk peningkatan kesehatan dan penanganan penyakit.
2. Membantu keluarga untuk mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah yang sedang dialami atau dibutuhkan

Disamping hal-hal diatas perawat kesehatan keluarga juga melakukan bimbingan antisipasi kepada keluarga sehingga dapat terwujud keluarga yang sejahtera, bertanggung jawab memberikan pendidikan tentang keperawatan keluarga dan tim kesehatan lain bila diperlukan.

b. Koordinator

Menurut ANA praktek keperawatan komunitas merupakan praktek keperawatan yang umum, menyeluruh dan berlanjut. Keperawatan berkelanjutan dapat dilaksanakan, jika direncanakan dan dikoordinasikan dengan baik. Koordinasi merupakan salah satu peran utama perawat yang bekerja dengan keluarga. Klien yang pulang dari rumah sakit memerlukan perawatan lanjut di rumah, maka perlu koordinasi lanjutan asuhan keperawatan di rumah. Program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin pada keluarga perlu pula dikoordinasikan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanggulangan. Koordinasi diperlukan pada perawat berkelanjutan agar pelayanan yang komperensif dapat tercapai.

c. Pelaksana perawatan dan pengawas perawatan langsung

Kontak pertama perawat pada keluarga dapat melalui anggota keluarganya yang sakit. Perawat yang bekerja dengan klien dan keluarga baik di rumah, klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan

langsung atau mengawasi keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit di rumah sakit, perawat memberikan perawatan langsung atau demonstrasi yang disaksikan oleh keluarga dengan harapan keluarga mampu melakukan di rumah, perawat dapat mendemonstrasikan dan mengawasi keluarga melakukan peran langsung selama di rumah sakit atau di rumah oleh perawat kesehatan masyarakat.

d. Pengawas Kesehatan

Perawat mempunyai tugas melakukan home visit yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

e. Konsultan atau penasehat

Perawat sebagai nara sumber bagi keluarga didalam mengatasi masalah kesehatan. Hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya dengan demikian keluarga mau meminta nasehat kepada perawat tentang masalah pribadi. Pada situasi ini perawat sangat dipercaya sebagai narasumber dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.

f. Kolaborasi

Perawat komunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

g. Advokasi

Keluarga seringkali tidak mendapatkan pelayanan yang sesuai di masyarakat, kadang kala keluarga tidak menyadari mereka telah dirugikan, sebagai advokat klien perawat berkewajiban melindungi hak keluarga, misalnya keluarga dengan sosial ekonomi lemah sehingga keluarga tidak mampu memenuhi

kebutuhannya, perawat juga dapat membantu keluarga mencari bantuan yang mungkin dapat memenuhi kebutuhan keluarga.

h. Fasilitator

Peran perawat komunitas disini adalah membantu keluarga didalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Keluarga sering tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan karena berbagai kendala yang ada. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan didalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi, dan masalah sosial budaya. Agar dapat melaksanakan peran Fasilitator dengan baik maka peran perawat komunitas harus mengetahui sistem pelayanan kesehatan misalnya sistem rujukan dan dana sehat.

i. Penemu kasus

Peran perawat komunitas yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan penyakit atau wabah.

j. Modifikasi lingkungan

Perawat komunitas juga harus dapat memodifikasi lingkungan baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

2. Fungsi Keperawatan Keluarga

Bagi profesional kesehatan keluarga, fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam keluarga. Untuk menempatkannya dalam perspektif, fungsi ini adalah salah satu fungsi keluarga dan memerlukan penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik : makan, pakaian tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Dari perspektif masyarakat, keluarga merupakan sistem

dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan.

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Lebih jauh lagi keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan memelihara kesehatan. Keluarga melakukan praktek asuhan kesehatan baik untuk mencegah terjadi gangguan atau merawat anggota yang sakit.

Keluarga pula yang menentukan kapan anggota keluarga yang terganggu perlu meminta pertolongan tenaga profesional. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat-sakit mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Misalnya sering ditemukan keluarga yang menganggap diare sebagai tanda perkembangan, imunisasi menyebabkan penyakit (anak menjadi demam), mengkonsumsi ikan menyebabkan cacingan.

Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga

2.4. Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan data yang perlu dikaji pada proses perawatan keluarga dengan masalah Asam Urat menurut Friedman (2010) meliputi data dasar keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan koping keluarga dan fungsi perawatan kesehatan.

- a. Data dasar keluarga, data yang perlu dikaji antara lain: nama keluarga, alamat dan nomor telepon, komposisi keluarga, tipe keluarga, latar belakang budaya (etnis), identifikasi religi, status kelas keluarga, aktivitas rekreasi dan waktu senggang keluarga.
- b. Data lingkungan keluarga, data yang perlu dikaji antara lain: karakteristik rumah, karakteristik dan lingkungan sekitar dan komunitas yang lebih besar, mobilitas geografi keluarga, perkumpulan dan interaksi keluarga dengan masyarakat, serta sistem-sistem pendukung keluarga.
- c. Struktur keluarga yang terdiri dari:
 1. Pola komunikasi keluarga: data yang harus dikaji adalah observasi seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain, apakah komunikasi dalam keluarga berfungsi atau tidak, seberapa baik setiap anggota keluarga menjadi pendengar, jelas dalam penyampaian, perasaan terhadap komunikasi dan interaksi, apakah keluarga melibatkan emosi atau tidak dalam penyampaian pesan.
 2. Struktur kekuatan keluarga: yang perlu dikaji antara lain: siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga, siapa yang mengambil keputusan penting.

3. Anggaran keluarga, pindah kerja, tempat tinggal, mengatur disiplin dan aktivitas anak serta proses dalam pengambilan keputusan dengan concerisus tawar- menawar dan sebagainya.
4. Struktur peran keluarga: data yang dapat dikaji dalam peran formal adalah peran dan posisi formal setiap anggota keluarga tidak ada konflik dalam peran, bagaimana perasaan terhadap perannya. Jika dibutuhkan dapatkah peran berlaku fleksibel. Jika ada masalah dalam peran siapa yang mempengaruhi anggota keluarga, siapa yang memberikan mereka penilaian tentang pertumbuhan, pengalaman baru, peran dan tehnik komunikasi.
5. Peran informal: peran informal dan peran yang tidak jelas apa yang ada di dalam keluarga. Bagaimana anggota keluarga melaksanakan perannya, apakah sudah sesuai posisi keluarga dengan peran yang dilaksanakannya, apabila peran tidak terlaksana tanyakan siapa yang biasanya melaksanakan peran tersebut sebelumnya dan apa pengaruhnya.
6. Nilai dan budaya, data yang dapat dikaji adalah nilai-nilai yang dominan yang dianut oleh keluarga, nilai keluarga seperti siapa yang berperan dalam mencari nafkah, kemauan dan penguasaan lingkungan, orientasi masa depan, kegemaran-kegemaran keluarga, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan komunitas yang lebih luas, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan nilai-nilai sub sistem keluarga, bagaimana pentingnya nilai-nilai terhadap keluarga, apakah keluarga menganut nilai-nilai keluarga secara sadar atau tidak, apakah ada konflik nilai yang menonjol dalam keluarga itu sendiri, bagaimana nilai-nilai mempengaruhi kesehatan keluarga.

d. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif, atau yang dapat dikaji antara lain: pola kebutuhan keluarga dan respon, apakah anggota keluarga merasakan kebutuhan individu lain dalam keluarga, apakah orang tua/pasangan mampu menggambarkan kebutuhan persoalan lain dan anggota yang lain, bagaimana sensitifnya anggota keluarga dengan melihat tanda-tanda yang berhubungan dengan perasaan dan kebutuhan orang lain, apakah anggota keluarga mempunyai orang yang dapat dipercayainya saling memperhatikan, sejauh mana anggota keluarga memberikan perhatian satu sama lain, bagaimana mereka saling mendukung, apakah terdapat perasaan akrab dan intim diantara lingkungan hubungan keluarga, sebaik apa hubungan anggota keluarga dengan anggota yang lain, apakah ada kedekatan khusus anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain, keterpisahan dan keterikatan, bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga, apakah sudah sesuai perpisahan yang terjadi di keluarga dengan tahap perkembangan di keluarga.
2. Fungsi sosial, data yang perlu dikaji adalah: bagaimana keluarga membesarkan anak dan keluarga dalam area orang: kontrol perilaku, disiplin, penghargaan, hukuman, otonomi dan ketergantungan, memberi dan menerima cinta serta latihan perilaku sesuai dengan usia, siapa yang menerima tanggung jawab.
3. Fungsi sosialisasi atau peran membesarkan anak/fungsi anak, apakah fungsi tersebut dipikul bersama, bagaimana cara pengaturannya, bagaimana anak-anak dihargai oleh keluarga kebudayaan yang dianut dalam membesarkan

anak, apakah keluarga merupakan resiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak, faktor resiko apa yang memungkinkan, apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak seperti tempat bermain dan istirahat (kamar tidur sendiri).

4. Fungsi reproduksi, data yang perlu dikaji, berapa jumlah anak, bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, metode apa yang digunakan keluarga dalam pengendalian jumlah anak.
- e. Stress dan koping keluarga hal yang perlu dikaji, stressor jangka pendek dan jangka panjang, kemampuan keluarga berespon dalam masalah, strategi koping yang digunakan, strategi adaptasi difungsional dan pemeriksaan fisik dilakukan secara headtohead.
- f. Fungsi perawatan kesehatan dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, hal yang perlu dikaji meliputi :
 1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, data yang perlu dikaji, pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan asam urat yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala dan persepsi keluarga terhadap masalah.
 2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah asam urat, hal yang perlu dikaji adalah kemampuan keluarga tentang pengertian, sifat dan luasnya masalah asam urat, apakah masalah dirasakan keluarga. apakah keluarga pasrah terhadap masalah, apakah keluarga akut dan akibat tindakan penyakitnya, apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah ada informasi yang salah terhadap tindakan dalam menghadapi masalah.

3. Untuk mengetahui kemampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan asam urat, data yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakit, bagaimana sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, bagaimana pengetahuan keluarga tentang fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, apakah keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada, sikap keluarga terhadap sakit.
4. Kemampuan keluarga untuk memelihara lingkungan rumah yang sehat, hal yang perlu dikaji adalah pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga, bagaimana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya hygiene sanitasi, keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit, bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi, sejauh mana keompakan keluarga.
5. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan-keuntungan dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan, ada pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan, fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

2.4.2 Fokus Intervensi

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan, pernyataan keluarga, dan perencanaan keluarga, dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternative dan sumber, serta menentukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi

dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja
(Friedman, 2010).

BAB III LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

A. BIODATA

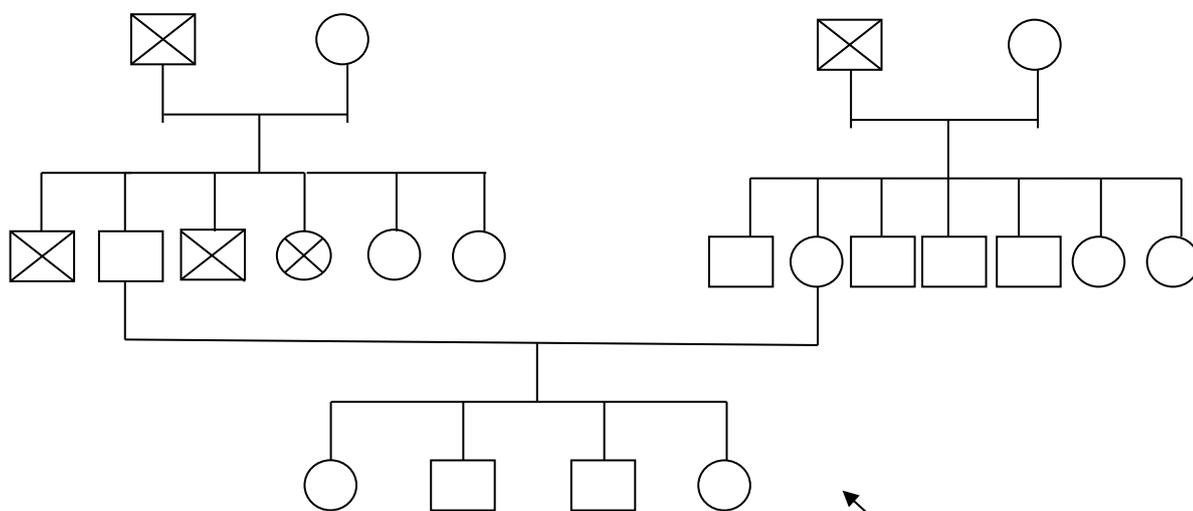
a. Identitas Kepala Keluarga

Nama : Tn.H	Pendidikan : SMA
Umur : 65 Tahun	Pekerjaan : Pegawai Swasta
Agama : Islam	Alamat : Batunadua
Suku : Batak	Nomor HP : -

b. Komposisi Keluarga :

No	Nama	L/P	Umur	Hubungan keluarga	Pekerjaan	Pendidikan
1.	Ny. A	P	61	Istri	IRT	SMA
2.	An.M	P	20	Anak	Mahasiswa	SMA
3.	An.A	L	19	Anak	Mahasiswa	SMA
4.	An.Am	L	13	Anak	Pelajar	SD

c. Genogram : genogram 3 generasi



Keterangan :

□ = laki-laki

⊗ = laki-laki meninggal

↗ = anggota keluarga

yang sakit

○ = perempuan

⊗ = perempuan meninggal

⊡ = anggota yang

tinggal serumah

- a. Tipe keluarga :
 - a) Jenis tipe keluarga :Nuclear Family
- b. Masalah yang terjadi dengan tipe keluarga :keluarga klien mempunyai masalah yaitu Ny. A memiliki riwayat darah tinggi. Saat pengkajian darah tinggi Ny. A 180/100 mmHg. Ny. A sering mengeluh pusing, lemas, leher terasa tegang namun keluhan tidak sering dirasakan atau hilang timbul.
- c. Suku Bangsa
 - a) Asal suku bangsa :Batak
 - b) Budaya yang berhubungan dengan kesehatan :dalam memasak Ny. A sering sekali menggunakan Santan dan suka mengkonsumsi kacang-kacangan.
- d. Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan : klien beragama islam dan klien mempercayai penyakitnya dari Allah dan yang akan menyembuhkannya adalah Allah lewat petugas kesehatan. Seluruh anggota keluarga juga selalu taat dalam melaksanakan sholat 5 waktu.
- e. Status sosial ekonomi keluarga
 - a) Anggota keluarga yang mencari nafkah : Tn. H dan Ny. A
 - b) Penghasilan: >Rp 2.000.000
 - c) Upaya lain : Warung
 - d) Harta benda yang dimiliki (perabot, transportasi, dll) :klien mempunyai tv , motor, kursi.
 - e) Kebutuhan yang dikeluarkan tiap bulan >Rp. 1.500.000 tetapi sebagian besar uang digunakan untuk keperluan sehari-hari dan untuk biaya sekolah anak mereka
- f. Aktivitas reaksi keluarga :Keluarga berekreasi dengan cara pergi ketempat liburan dan menikmatinya bersama-sama, dan dilakukan 1-2 kali setiap bulanya.

3.1 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tn. H memiliki 3 orang anak, 2 laki-laki dan 1 perempuan. Saat ini anak pertama keluarga Tn.H (An. M) berumur 20 tahun, masih sekolah. Anak ke-2 Tn. H (An. L) berumur 19 tahun, masih Sekolah SMA dan anak ke 3 Tn. H (An. M) berumur 13 tahun, masih SMP

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga Tn. H masih belum terpenuhi karena Tn.S harus membiayai 2 orang anaknya. Anak pertama dan kedua Tn. H masih dalam tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja.

Riwayat kesehatan keluarga inti :

1. Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Saat pengkajian tekanan darah Ny. A sebesar 180/110 mmHg RR; 22x/i, N: 88X/i, suhu: 36 C. Ny. A mengeluh sering merasa pusing, lemas, leher terasa tegang namun keluhan tidak sering dirasakan atau hilang timbul. Ny. A tidak pernah memeriksakan diri ke puskesmas karena keluhannya tidak terlalu berat dirasakan. Selain itu Ny. A tidak mengkonsumsi obat-obatan untuk menurunkan tekanan. Anggota keluarga yang lain saat dilakukan pengkajian berada dalam keadaan sehat. Ny. A menderita hipertensi sejak dua tahun lalu.

2. Riwayat penyakit keturunan

Orang tua dari Ny. A tidak memiliki riwayat penyakit serius. Ayah dari Ny. A memiliki riwayat penyakit rheumatoid Arthritis dan masalah hidup. Serta ibu dari Ny. A saat ini masih ada dan tidak memiliki riwayat penyakit serius. Kedua Orang Tua dari Tn. H juga masih hidup dan orang tua laki-laki Tn. H memiliki riwayat hipertensi.

3. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga :

No	Nama	Umur	BB	Keadaan kesehatan	Imunisasi (BCG/Polio/DPT/HB /Campak)	Masalah kesehatan	Tindakan yang telah dilakukan
1.	Tn. H	51		Merasa Sehat Dan mampu beraktivitas seperti biasanya	Lengkap	-	-
2.	Ny. A	42		Ny. A sering merasa lemas, pusning dan leher terasa tegang, namun keluhan sering hilang timbul	Lengkap	Hipertensi	- Ny. A jarang memeriksa penyakitnya ke puskesmas walaupun sering kambuh.
3.	An. M	20	60	Sehat dan bisa beraktivitas	Lengkap	-	-
4.	An. A	19	58	Sehat dan bisa beraktivitas	Lengkap	-	-
5.	An. Am	13	45	Sehat dan bisa beraktivitas	Lengkap	-	-

4. Sumber pelayanan kesehatan yang di manfaatkan

Keluarga Tn. H memiliki Bpjs, keluarga Tn. H kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan dari Puskesmas/ Dokter keluarga / Rumah sakit untuk memeriksa kesehatan, konsultasi ataupun mencari informasi tentang kesehatan.

5. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Keluarga Tn. H tidak memiliki riwayat penyakit yang cukup serius. Namun, Istri dari Tn. H memiliki masalah Nyeri kepala Karena Penyakit hipertensi.

3.2 PENGKAJIAN KELUARGA

a. Karakteristik rumah

Tempat tinggal Tn. H memiliki luas Kurang Lebih 29 m, milik sendiri. Rumah Tn. H memiliki kamar/ ruangan Sebanyak 6 ruangan, Ventilasi/ penerangan cukup, dengan pemanfaatan ruangan : 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 R keluarga, 1 dapur, 1 kamar mandi, dan 1 Tempat usaha lopo kopi di depan rumah. Rumah Tn. H memiliki 1 Septik tenk, jarak pembuangan (Septik tenk) dengan sumber mata air ± 10 m. Keluarga Tn. H menggunakan sumber air minum dari Sumur. tersedia tempat sampah, untuk limbah rumah tangga ada di belakang rumah dan biasanya di bakar 3 hari sekali. Lingkungan rumah Tn. H cukup bersih, jarak rumah dengan jalan raya Sangat dekat yaitu berada didepan rumah.

b. Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Keluarga Tn. H tinggal di dekat jalan raya, tetangga yang ada di sekitar rumah semuanya ramah dan saling tolong-menolong satu sama lain. Warga sekitar khususnya ibu – ibu memiliki kebiasaan mengadakan pengajian rutin setiap hari jumat pada Minggu awal bulan. Pengajian diadakan di masjid dekat rumah.

c. Mobilitas geografi keluarga

Keluarga Tn. H sudah menempati rumah itu sejak Mulai Menikah Pada Tahun 2002 silam sampai sekarang. Tn. H lahir dan besar di kota asalnya kota Padangsidempuan begitu pula Ny. A .

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Biasanya Ny. A hanya ikut pengajian Awal Bulan dan mengikuti kegiatan lainya yang dilakukan kelurahan setempat.

e. Sistem pendukung keluarga

Semua anggota keluarga dalam kondisi sehat. Antara anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain. Keluarga Tn. H memiliki fasilitas : Televisi, tempat tidur yang nyaman, sumber air bersih, motor sebagai sarana transportasi dan untuk masalah kesehatan, keluarga Tn. H memiliki askes untuk membantu biaya pengobatan.

4 Struktur keluarga

a. Pola/cara komunikasi keluarga

Keluarga Tn. H dalam kesehariannya baik berkomunikasi langsung/ tidak langsung menggunakan bahasa Batak.

b. Struktur kekuatan keluarga

Saudara-saudara dari Tn. H dan Ny. A selalu siap membantu apabila keluarga Tn. H membutuhkan pertolongan.

c. Struktur peran (peran masing-masing anggota keluarga)

– Tn. H :

Peran formal : sebagai suami dari istri, sebagai kepala keluarga, ayah, pelindung dan pemberi rasa aman dalam keluarga, sebagai anggota masyarakat.

Peran informal : pengambil keputusan tertinggi di rumah.

– Ny. A:

Peran formal : sebagai istri dari suami, ibu, mengurus rumah tangga, mendidik anak-anak, dan berjualan didepan rumahnya

- Peran informal : sebagai pendamai antar anggota keluarga.
- An. A :
 - Peran formal : menjadi anak, Bersekolah Sma Kelas 2
 - Peran informal : sebagai penyelaras dan sebagai tempat bercerita adiknya.
- An. M :
 - Peran formal : menjadi anak, sebagai anggota keluarga yang paling kecil
 - Peran informal : sebagai adik.
- An. Am :
 - Peran formal : menjadi anak, sebagai anggota keluarga yang paling kecil
 - Peran informal : sebagai adik.

d. Nilai dan norma keluarga

Tn. H menganut agama Islam dan norma yang berlaku di masyarakat dan adat istiadat orang Batak. Keluarga Tn. H sangat mematuhi peraturan yang ada di rumah, seperti anak perempuannya tidak boleh keluar setelah magrib tanpa di dampingi keluarga laki-laki. Tn. H dan Ny. A juga mengajarkan pentingnya bersikap/ sopan santun dengan orang lain.

Apabila ada keluarga yang sakit, keluarga mempercayai bahwa ini adalah cobaan yang Allah berikan agar keluarga dapat lebih kuat. Keluarga selalu berusaha dan bertawakal saat menghadapi musibah apapun.

5 Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Keluarga Tn. H dan Ny. A selalu menyayangi dan perhatian kepada anak-anaknya, Tn. H dan Ny. A juga selalu mendukung dan mengarahkan segala sesuatu yang dilakukan oleh anak-anaknya selama dalam batas kewajaran dan tidak melanggar norma dan etika sopan santun.

b. Fungsi sosialisasi

Interaksi Tn. H dengan anak istrinya terjalin dengan sangat baik, saling mendukung, bahu membahu, dan saling ketergantungan. Tn. H memiliki peran yang besar dalam mengambil keputusan, namun Tn. H selalu adil kepada keluarganya.

Masing masing anggota keluarga masih memperhatikan dan menerapkan sopan santun dalam berperilaku. Keluarga mengajarkan dan menanamkan perilaku sosial yang baik, keluarga cukup aktif di dalam masyarakat. Di waktu senggang biasanya keluarga berkumpul.

c. Fungsi keperawatan kesehatan

1) Kemampuan keluarga mengenal kesehatan

Ny. A mengatakan tahu/ mengerti dengan penyakit yang sering diderita dirinya serta anak-anaknya. Baik itu mengenai pengertian, tanda gejala, etiologi maupun pencegahan dan perawatannya. Ny. A mengatakan bahwa dirinya belajar banyak dari pengalaman serta pengobatan-pengobatan yang pernah dilakukan. Ny. A langsung meminta anggota keluarganya membuat jus mentimun untuk menurunkan tekanan darah.

2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Keluarga mengetahui tentang masing-masing penyakit yang pernah mereka derita, sehingga apabila mereka mulai merasakan tanda dan gejala, mereka langsung mengkonsumsi obat yang biasa mereka konsumsi. Apabila sakit tak kunjung sembuh, mereka segera pergi ke puskesmas atau dokter.

3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Ny. A mengatakan bila tanganya nyeri, maka Ny. A langsung meminta anggota keluarganya untuk mengurut tanganya dan terkadang mengoleskan obat antihipertensi.

4) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat

Keluarga Tn. H menyadari pentingnya kebersihan lingkungan, oleh sebab itu keluarga selalu menjaga kebersihan

rumahnya dengan membersihkan lingkungan rumah, seperti menyapu, mengepel dan menguras bak mandi agar tidak menjadi sumber penyebaran penyakit.

- 5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Tn. H dan Ny. A mengatakan sudah mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan, Selama ini keluarga mendapatkan pelayanan yang baik oleh puskesmas. Keluarga juga percaya dengan informasi yang di berikan oleh puskesmas.

- d. Reproduksi

Jumlah anak yang dimiliki Tn. H dan Ny. A ada 3 orang, 2 anak laki - laki dan 1 anak perempuan. Ny. A masih mengalami haid 1 bulan sekali dan tidak merasakan nyeri saat haid. Ny. A menggunakan KB berupa Iud.

- e. Fungsi ekonomi

Tn. H mengatakan masih mampu mencukupi kebutuhan hidup keluarganya sehari - hari dari pendapatan yang diterima ditambah dengan usaha sampingannya.

6 STRES DAN KOPING KELUARGA

- a. Stresor Jangka Panjang

Tn. H dan Ny. A memikirkan biaya untuk melanjutkan sekolah bagi anak-anaknya.

- b. Stresor Jangka Pendek

Ny. A takut akan kondisi Rheumatoid Arthritis pada dirinya. Tn. H juga khawatir dengan kondisi istrinya.

- c. Respons keluarga terhadap stresor :

Untuk stress jangka panjang Tn. H berusaha untuk mencukupi kebutuhan sekolah anak-anaknya dengan bekerja keras. Sedangkan Ny. A berusaha membantu Tn. H mencari uang untuk memenuhi keperluan lain yang mendadak.

Untuk stress jangka pendek, Tn. H berusaha untuk tidak stress dan ikut menjaga kondisi dari istrinya.

d. Strategi koping

Strategi koping yang digunakan Tn. H dan Ny. A baik, Bila ada permasalahan, Tn. H dan Ny. A berusaha untuk selalu menyelesaikannya dengan bermusyawarah dan tetap tenang dalam berfikir. Namun, keputusan tertinggi tetap berada di tangan Tn. H sebagai kepala rumah tangga.

e. Strategi adaptasi disfungsional

Keluarga tidak pernah menggunakan kekerasan, perlakuan kejam kepada anak ataupun istrinya ataupun memberikan ancaman-ancaman dalam menyelesaikan masalah.

7 KEADAAN GIZI KELUARGA

Ny. A merasa kebutuhan gizi keluarganya sudah cukup baik, hampir setiap hari Ny. A masak sayur dengan lauk pauk dengan berganti-ganti menu yang sehat, seperti tempe, tahu, ikan, ayam, telur dll. Sesekali Ny. A membeli lauk di luar.

8 HARAPAN KELUARGA

Tn. H berharap keluarganya selalu sehat wal'afiat. Dan keluarga juga berharap petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan yang baik, tepat, dan cepat kepada siapa saja yang membutuhkan. Tidak membedakan seseorang dalam memberikan pelayanan kesehatan, miskin maupun kaya.

9 PEMERIKSAAN INDIVIDU TIAP ANGGOTA KELUARGA (Pemeriksaan Fisik)

Jenis Pemeriksaan	Tn. S	Ny. A	An. A (anak ke-1)	An. M (anak ke-2)	An. Am (anak ke-3)
Riwayat penyakit saat ini	-	Hipertensi	-	-	-
Keluhan yang di rasakan	-	Lemas, pusing dan leher terasa tegang	-	-	-
Tanda dan gejala	-	Tengkuk terasa kaku dan lemas	-	-	-
Riwayat penyakit sebelumnya	-	-Ny. A memang mengalami hipertensi, namun sampai saat ini Ny. A belum mengetahui penanganan hipertensi secara Nonfarmakologis	-	-	-
TTV	TD : 130/80 mmHg RR:18X/menit N: 80X / menit S : 36 °C	TD : 180/100 mmHg RR:22X /menit N: 88X / menit S : 36 °C	-	-	-
STATUS GIZI	BB : 83kg TB : 155cm BMI :	BB : 65kg TB : 153cm BMI :	-	-	-
KEPALA	Rambut hitam, uban jarang ditemukan, pendek dan bersih	Rambut hitam dan, ikal, panjang dan bersih	-	-	-

MATA	Kedua mata simetris, konjungtiva an-anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan baik, apabila membaca harus menggunakan kacamata. (+3).	Kedua mata simetris, konjungtiva an-anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan baik, apabila membaca tidak menggunakan kacamata.	-	-	-
HIDUNG	Hidung simetris, tidak ada polip, tidak sinusitis, penciuman baik.	Hidung simetris, tidak ada polip, tidak sinusitis, penciuman baik.	-	-	-
Paru	I : Pengembangan paru simetris P : Vokal Premitus sama P : Redup A : Vesikuler	I : Pengembangan paru simetris P : Vokal Premitus sama P : Redup A : Vesikuler			
Abdomen	I : Simetris A : Refluk 15x/mnt P : Tidak ada nyeri tekan P : Timpani	I : Simetris A : Refluk 15x/mnt P : Tidak ada nyeri tekan P : Timpani			
Genetalia	Tidak terpasang kateter, tidak terdapat hemoroid	Tidak terpasang kateter, tidak terdapat hemoroid			
Ekstremitas	Pada ekstremitas atas dan bawah tidak ada pembengkakan, pergerakan aktif	Pada ekstremitas atas dan bawah tidak ada pembengkakan, pergerakan aktif			

A. Analisa Data

No	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny. A mengeluhkan sakit kepala- Ny. A mengatakan timbulnya keluhan karena tekanan darahnya kembali naik- Ny. A mengatakan keluhan yang dirasakan leher tegang Ny. A mengatakan keluhan terasa pada bagian kepala dan leher <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV : TD : 180/100 mmHg RR : 22X / menit N : 88X / menit S : 36 C- Wajah tampak Cemas- Ny. A terlihat meringis	<p>Kurangnya pengetahuan Keluarga terhadap penanganan nyeri kepala yang dialami Ny. A</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga mengenali dan memahami penyakit Ny. A</p>
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang hipertensi- Keluarga mengatakan tidak membawa Ny. A ke Puskesmas- Ny. A mengatakan kadang masih mengkonsumsi garam- Ny. A mengatakan kadang masih <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- TD : 180/110 mmHg- Ny. A dan keluarga tampak bingung dan tidak mengerti tentang penyakit hipertensi	<p>Kurang pengetahuan</p>	<p>Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</p>

10. SKORING DAN PRIORITAS MASALAH

Diagnosa Keperawatan :

1. Kurangnya pengetahuan Keluarga terhadap penanganan nyeri kepala yang dialami Ny. A b/d Ketidakmampuan keluarga mengenali dan memahami penyakit hipertensi

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah : ancaman kesehatan	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Kurang mengetahui tentang penyakit Ny. A yaitu hipertensi
2	Kemungkinan masalah dapat dirubah : sebagian.	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Ny. A mengatakan Jika nyeri timbul dirinya hanya meminta diurut oleh keluarganya.
3	Potensi masalah dapat dicegah : tinggi.	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah hipertensi dapat diatasi oleh keluarga, terutama bila Ny. A dapat mengatur Makanan dan aktivitas.
4	Menonjolnya masalah : ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga Terkadang khawatir menanggapi penyakit Ny. A ini tidak terlalu mengganggu asal selalu di kontrol aktivitas Tn. H
TOTAL				4 _{1/6}	

Diagnosa Keperawatan :

2. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan Kurang pengetahuan.

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah : ancaman kesehatan	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pemeliharaan kesehatan yang dialami Ny. A
2	Kemungkinan masalah dapat dirubah : mudah.	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Keluarga dapat memelihara kesehatan Ny. A dengan menjaga pola makan, stress dan aktivitas Ny. A
3	Potensi masalah dapat dicegah : cukup.	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Ny. A hanya menyuruh anggota keluarganya membuat jus mentimun saat mengalami pemickatan tekanan darah.
4	Menonjolnya masalah : berat, harus segera ditangani.	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga tahu bahwa banyak penyakit Ny. A tidak terlalu serius namun bisa mengganggu aktivitas.
TOTAL				3 _{1/3}	

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Prioritas	Diagnosis keperawatan (PES)	Skor
1.	Kurangnya pengetahuan Keluarga terhadap penanganan nyeri kepala yang dialami Ny. A b/d Ketidakmampuan keluarga mengenali dan memahami penyakit hipertensi	4 1/6
2.	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan Kurang pengetahuan	3 1/3

11. Intervensi Keperawatan Keluarga

- a) Memberikan pendidikan atau promosi kesehatan tentang perawatan penyakit hipertensi.
- b) Memberi penyuluhan kesehatan
- c) Mengkaji Skala Nyeri Yang Di alami Ny. A
- d) Mengajarkan Cara Mengurangi Nyeri dengan cara pembuatan non farmakologi

12. Implementasi Dan Evaluasi keperawatan keluarga

No Diagnosa	Tanggal dan waktu	Implementasi	Evaluasi
1 dan 2	Rabu 06 Oktober 2021 Jam 14.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji Nyeri secara komprehensif Hasil: P: Ny. A mengatakan timbulnya keluhan karena tekanan darahnya naik Q : Ny. A mengatakan keluhan terasa tegang pada leher R: Ny. A mengatakan keluhan dirasakan di daerah kepala dan leher S : skala nyeri 4 T: hilang hilang timbul 2. Mengobservasi tanda tanda vital. Hasil : TD : 180/110 mmHg, N: 92x/m 3. Mengajarkan/mendemonstrasikan teknik manajemen nyeri (teknik relaksasi. Hasil : klien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri masih dirasakan namun sudah berkurang - Klien mengatakan mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi dan distraksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien ma <p>mpu mendemonstrasikan relaksasi dan distraksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan dengan teknik relaksasi</p>

1 Dan 2	Rabu, 06 Oktober 2021 Jam 11.00	<p>a) Mengkaji pengetahuan keluarga dan pasien</p> <p>b) Mendiskusikan dengan keluarga tentang Hipertensi dengan menggunakan leaflet meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan dan pencegahannya Hasil : klien dan keluarga menyimak dengan saksama</p> <p>c) Mengevaluasi kemampuan kognisi keluarga tentang Hipertensi Hasil : klien dan keluarga dapat mengulang sebagian penjelasan</p>	<p>S : Keluarga mengatakan paham tentang penyakit dan program pengobatan yang diberikan pada Tn. T</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur perawatan dengan benar - Klien dan keluarga mampu menyebutkan komplikasi hipertensi <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan promosi kesehatan</p>
1 Dan 2	Kamis, 07 Oktober 2021	<p>1. Mengkaji pengetahuan klien dan keluarga. Hasil: klien mengatakan hipertensi adalah darah tinggi</p> <p>2. Mendiskusikan dengan keluarga tentang Hipertensi dengan menggunakan leaflet meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan Hasil : klien dan keluarga menyimak dengan saksama. Mengevaluasi kemampuan kognitif keluarga tentang Hipertensi Hasil : klien dan keluarga dapat mengulang sebagian penjelasan</p> <p>4. Mendiskusikan dengan keluarga tentang keputusan untuk merawat anggota keluarga yang</p>	<p>S : Keluarga mengatakan Kalau mereka selalu melakukan Kompres hangat serei saat pagi hari dan menjelang Ny. A tidur pada malam hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur perawatan dengan benar - Klien dan keluarga mampu menyebutkan komplikasi, penyebab, pencegahan hipertensi <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>

		<p>sakit</p> <p>Hasil : keluarga akan memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas</p> <p>5. Mendiskusikan dengan keluarga cara merawat dan program pengobatan anggota keluarga yang sakit</p> <p>Hasil: keluarga bersedia dan kooperatif</p> <p>6. Menjelaskan makanan yang pantang dan dapat dikonsumsi oleh klien dalam rangka pengobatan</p> <p>7. Mendiskusikan dengan keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang menunjang pengobatan hipertensi</p> <p>8. Memberikan pujian pada keluarga atas keputusan yang di ambil klien dan keluarga</p>	
--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan pengambilan data oleh perawat dengan ditandai pengumpulan informasi yang bersifat terus menerus dan sebagai keputusan profesional yang mengandung arti sebagai informasi yang dikumpulkan. Pengumpulan data bersumber dari pasien maupun keluarga dengan mekanisme wawancara, pemeriksaan fisik, observasi rumah keluarga dan fasilitasnya serta pengalaman anggota keluarga yang dilaporkan. (padila,2012). Pengkajian keluarga menurut Muwarni (2007) adalah suatu tahapan dimana perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap keluarga yang menjadi binaannya.

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada keluarga Ny. A sesuai dengan teori yang telah di jabarkan tersebut di atas dengan menggunakan format pengkajian keluarga dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan juga menggali informasi dari pengalaman anggota keluarga untuk memenuhi data dan informasi yang diperlukan dalam proses asuhan keperawatan.

Dalam pengkajian keluarga dengan hipertensi didapatkan keluhan Ny. A mengatakan merasa pusing, sakit kepala, nyeri pada leher belakang, terasa berat pada belakang kepala, dengan nyeri terasa hilang timbul dengan skala nyeri 4 dan dilakukan pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil 180/100 mmHg.

Keluhan yang didapatkan penulis pada pengkajian sesuai dengan tanda dan gejala Hipertensi menurut Wijaya dan Putri, (2013) yaitu nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai muntah, peningkatan tekanan intrakranial, penglihatan kabur

akibat retinopati karena hipertensi, langkah kaki tidak stabil karena kerusakan susunan saraf pusat, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi, edema dependen, dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Menurut Brunner dan Suddart (2015) gejala yang timbul selain dari peningkatan darah yang tinggi, dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti pendarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah dan pada kasus berat edema pupil.

1. Diagnosa

Diagnosa keperawatan keluarga adalah integrasi diagnosis ke sistem keluarga yang merupakan hasil dari pengkajian keperawatan keluarga. Pada studi kasus ini penulis menemukan 2 diagnosa keperawatan pada keluarga Tn. T dengan Kasus Hipertensi yaitu :

1. Nyeri (sakit Kepala)
2. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Diagnosa nyeri akut (sakit kepala) yang penulis angkat dalam proses keperawatan keluarga Tn. T ditandai dengan adanya keluhan nyeri pada bagian kepala belakang, pusing, kepala terasa berat, nyeri merembek sampai pundak.

Diagnosa tersebut sesuai dengan teori dimana tanda dan gejala atau respon tubuh yang mengalami hipertensi menurut crowin (2000) yaitu nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan intrakranial, penglihatan kabur, ayunan langkah yang tidak stabil, nokturia karena peningkatan aliran darah ke ginjal dan peningkatan kecepatan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan perifer.

Diagnosa kedua yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dimana diagnosa ini didukung oleh data ketidaktahuan klien dan keluarga dalam mengatasi kondisi hipertensi, tidak minum obat secara teratur, tidak menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia, klien dan keluarga tidak tahu merawat anggota keluarga yang sakit dengan hipertensi. Faktor ini disebabkan oleh lingkungan keluarga dan juga kebiasaan-kebiasaan dalam keluarga

Diagnosa tersebut sesuai dengan teori robbins (2007), beberapa faktor yang berperan dalam hipertensi primer atau essensial mencakup pengaruh genetik atau keturunan dan pengaruh lingkungan seperti stressor, kegemukan, merokok dan kurangnya aktifitas fisik dan konsumsi garam dalam jumlah besar dianggap sebagai faktor eksogen dalam hipertensi. Sedangkan Black dan Hawks (2014) menyatakan bahwa stress meningkatkan resistensi perifer dan curah jantung serta akan dapat menstimulasi aktifitas saraf simpatis. Stress adalah masalah persepsi dan interpretasi orang terhadap kejadian yang menciptakan banyak stressor dan respon stress yang menimbulkan kecemasan.

2. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan dengan ONEC yaitu (*Observation*) yaitu rencana tindakan mengkaji tau melaksanakan observasi terhadap kemajuan klien untuk memantau secara langsung dan dilakukan secara kontinu, (*Nursing*) yaitu rencana tindakan yang dilakukan untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah perluasan masalah, (*Education*) adalah rencana tindakan yang berbentuk pendidikan kesehatan dan (*Colaboration*) yaitu tindakan kerjasama dengan tim kesehatan lain yang

dilimpahkan sebagian pelaksanaannya kepada perawat. Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan, pernyataan keluarga dan perencanaan keluarga dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternatif dan sumber serta menentukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak atau standar tetapi dirancang bagi keluarga tertentu. (Friedman, 2010).

Pada intervensi dalam diagnosa keperawatan nyeri akut (sakit kepala) karena peningkatan tekanan darah difokuskan kepada edukasi pasien dan keluarga tentang tugas keperawatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga dimana keluarga harus mampu mengenal setiap kondisi sakit anggota keluarganya dengan menekankan pada peningkatan kognisi atau pengetahuan keluarga tentang penyakit.

Pada intervensi dalam diagnosa keperawatan defisit pengetahuan difokuskan pada intervensi yang memungkinkan keluarga mengenali masalah kesehatan dalam keluarga, mampu untuk mengambil keputusan baik dalam pengawasan maupun memberikan obat komplementer dan medis, serta keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia seperti puskesmas, dokter praktek maupun poliklinik rumah sakit.

3. Implementasi

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang telah disusun berdasarkan hasil analisa data dengan memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga mampu memenuhi tugas keperawatan keluarga.

Klien dan keluarga dapat menilai potensi dan kemampuan sumber daya

sendiri dan mengembangkannya dalam implementasi yaitu mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga, mampu membuat keputusan untuk masalah kesehatan keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mampu memodifikasi lingkungan untuk kesehatan keluarga dan mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia. (Muwarni, 2017).

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan untuk mengukur kemajuan proses keperawatan terhadap respon klien selama mendapatkan tindakan keperawatan dan pencapaian dari indikator keberhasilan suatu tujuan dimana perawat melakukan evaluasi apakah perilaku klien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnosa keperawatan (Wijayaningsih, 2013).

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkesinambungan yang terjadi saat melakukan kontak dengan klien dengan menggunakan metoda SOAP (subyektif,obyektif,analisis dan planning) dimana S (subyektif) berisi data subyektif dari wawancara atau ungkapan langsung pasien, O (obyektif) berisi data analisa dan interpretasi yang didapatkan dari pemeriksaan fisik pasien, A (analisis) berdasarkan simpulan penalaran perawat terhadap hasil tindakan dan P (planning) adalah perencanaan selanjutnya terhadap tindakan baik asuhan lanjut (Potter and Perry, 2009).

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses dimana penulis melakukan penilaian terhadap keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki tingkat produktifitas tinggi dan dapat mengembangkan sumber daya dalam keluarga. Hal ini sesuai dengan konsep evaluasi menurut Sugiharto, (2012) dimana menyatakan bahwa evaluasi adalah tahap yang

menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan mudah atau sulit dicapai dengan menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas kesehatan yaitu mengenal masalah kesehatan, mampu membuat keputusan terkait masalah kesehatan, mampu merawat anggota keluarga yang sakit dan mampu memodifikasi lingkungan serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menyelesaikan Study kasus pada keluarga pada Ny. A dengan Masalah Hipertensi di Batunadua, Dengan bertitik tolak pada pembahasan sebelumnya penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

a) Kesimpulan

1. Penulis telah mampu melakukan pengkajian pada keluarga dengan klien yang mengalami hipertensi.
2. Penulis telah mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada keluarga dengan klien hipertensi.
3. Penulis telah mampu melakukan rencana asuhan keperawatan pada keluarga dengan klien hipertensi
4. Penulis telah mampu melakukan implementasi pada keluarga klien hipertensi berupa promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan.
5. Penulis telah mampu melakukan evaluasi pada keluarga dengan klien hipertensi.

B. Saran

1. Untuk Klien dan Keluarga

Setelah mengetahui tentang penyakit hipertensi ini serta cara penanganan secara Non Farmakologi, diharapkan keluarga dapat menanganinya secara mandiri. Dan mampu mengajarkanya pula kepada sanak saudara yang lain

2. Untuk penulis

Sebagai salah satu sarana dalam melakukan penelitian dan dalam membuktikan suatu teori dan juga fakta mengenai terapi non Farmakologis berupa teknik relaksasi dan promosi kesehatan.

3. Untuk Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber referensi bagi institusi terutama, mengenai terapi non farmakologis pada pasien hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz. Alimul, (2009). *Konsep Dasar Manusia*. Salemba Medika. Jakarta
- Budi. (2015). *Hipertensi Manajemen Komperhensif*. AUP Airlangga University Press. Surabaya
- Brunner dan Suddarth, 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. EGC. Jakarta
- Candra. (2013). *Hipertensi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Friedman, Marilyn, 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga, konsep dan praktik*. EGC. Jakarta. Gunawan, I. 2001. *Hipertensi tekanan darah tinggi*. Yogyakarta: Penerbit Kansius.
- Dongoes. M.E (2001). *Rencana Asuhan Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Haryanto, A., dan Rini, S. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Ar-Ruzz Media. Yogyakarta
- Made dkk. 2017. *Panduan Asuhan Keperawatan Individu Keluarga Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA ICNP NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: UI
- Manurung, N. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler*. KDT.Jakarta
- Muttaqin, Arif, 2009. *Asuhan Keperawatan klien dengan Gangguan sistem Kardiovaskuler*. Salemba medika. Jakarta
- Nurarif, A. H., dan Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis & NANDA NIC-NOC*. Mediaction Jogja. Yogyakarta
- Padila, 2012. *Buku ajar keperawatan keluarga*. Nuha medika. Yogyakarta
- Pearce. C. (2009). *Anatomi dan Fisiologi*. Gramedia. Jakarta Potter dan Perry, 2009. *Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses dan praktik*. Vol.1. edisi 4. EGC. Jakarta
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI. Jakarta
- Sugiharto, 2012. *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural*. EGC. Jakarta.
- Wajan, J. (2013). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Salemba Medika. Jakarta
- Wijayaningsih, KS. 2013. *Standar Asuhan Keperawatan*. CV. Trans info media. Jakarta
- Wilkinson, J. M. (2016). *Diagnosa Keperawatan Intervensi Nanda Nic Noc*. EGC. Jakarta



Lembar Pengkajian Observasi Nyeri Pada Ny. A

Tanggal Kompres serai hangat	Pre Test (Skala Nyeri)	Post Test (Skala Nyeri)
Jum'at 30 Agustus 2019 Jam 09.00	5	3
Sabtu 31 Agustus 2019 Jam 09.15	4	2
Minggu 1 September 2019 Jam 09.00	2	0

Lembar Pengkajian Observasi Gangguan Pola Tidur Ny. A

Tanggal Kompres serai hangat	Pre Test (gangguan pola tidur)	Post Test ()angguan pola tidur
Jum'at 30 Agustus 2019 Jam 09.00	4-5 jam/hari	6 jam/ hari
Sabtu 31 Agustus 2019 Jam 09.15	6 jam/hari	7-8 jam/ hari
Minggu 1 September 2019 Jam 09.00	5-6 jam/ hari	7-8 jam/hari

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Surya Rahmat Agung
NIM : 20040069
Nama Pembimbing : Mastiur Napitupulu, M. Kes.

No	Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing

