

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.T DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS HIPERTENSI DI KELURAHAN BENDUL MERISI
SURABAYA



Disusun Oleh:

FITROH NASROWI, S.Kep.
NIM.2030038

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.T DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS HIPERTENSI DI KELURAHAN BENDUL MERISI
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Disusun Oleh:

**FITROH NASROWI, S.Kep.
NIM. 2030038**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

N a m a : Fitroh Nasrowi, S.Kep
N I M. : 2030038
Tempat, tanggal lahir : Tulungagung, 29 Mei 1993
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis Medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya” adalah ASLI hasil karya saya dan saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Surabaya, 22 Juli 2021

Fitroh Nasrowi, S.Kep.
NIM. 2030038

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Fitroh Nasrowi, S.Kep

NIM. : 2030038

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

J u d u l : Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis
Medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa laporan karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 16 Juli 2021

Pembimbing

Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.011

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 03020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Fitroh Nasrowi

NIM : 2030038

Program Studi: Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis Medis
Hipertensi Di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES
Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya.Surabaya.

Penguji I : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.
NIP. 03021



Penguji II : Yoga Kertapati, M.Kep., Sp.Kom.
NIP. 03042



Penguji III : Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03011



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 03.020

Diterapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Tanggal : 22 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Bapak Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes, selaku penguji sebagai terima kasih atas segala arahannya dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp. Kom, selaku penguji sebagai terima kasih atas segala arahannya dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materimateri kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Orang tua, suami dan kedua anakku tercinta yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat dan motivasi selama peneliti menempuh studi dan menyelesaikan skripsi ini.
9. Keluarga binaan (keluarga Tn. T) di Bendul Merisi Selatan yang telah bersedia untuk berpartisipasi menjadi keluarga binaan dalam mendukung penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulis.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Keluarga.....	8
2.1.1 Definisi Keluarga	18
2.1.2 Tipe Dan Bentuk Keluarga.....	18
2.1.3 Struktur Keluarga	21
2.1.4 Fungsi Keluarga	22
2.1.5 Keluarga Dengan Remaja.....	26
2.2 Konsep Dasar Hipertensi.....	23
2.2.1 Definisi Hipertensi	23
2.2.2 Patofisiologi Hipertensi.....	24
2.2.3 Klasifikasi Hipertensi	24
2.2.4 Etiologi Hipertensi	25
2.2.5 Penatalaksanaan Hipertensi.....	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Dengan Hipertensi.....	35
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	45
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	46
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	51
2.3.4 Implementasi Keperawatan	61
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	62
BAB 3 TINJAUAN KASUS	54
3.1 Pengkajian	54
3.1.1 Data Demografi	54
3.1.2 Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga	55
3.1.3 Data Lingkungan	56
3.1.4 Struktur Keluarga	57
3.1.5 Fungsi Keluarga	58
3.1.6 Stress Dan Koping Keluarga.....	59
3.1.7 Pemeriksaan Fisik Tiap Individu Anggota Keluarga	59

3.1.8	Harapan Keluarga.....	64
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	64
3.2.1	Analisa Data	64
3.2.2	Perumusan Diagnosis Keperawatan	66
3.2.3	Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan.....	66
3.2.4	Daftar Prioritas Diagnosis Keperawatan	66
3.3	Daftar Diagnosis Keperawatan Yang Muncul	66
3.4	Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga	75
3.5	Implementasi Keperawatan	78
3.6	Evaluasi Keperawatan	85
BAB 4	PEMBAHASAN	92
4.1	Pengkajian	92
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	95
4.3	Perencanaan.....	99
4.5	Tahap Evaluasi	112
BAB 5	PENUTUP	117
5.1	Kesimpulan.....	117
5.2	Saran.....	119
	DAFTAR PUSTAKA	121
	LAMPIRAN.....	133

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tugas Perkembangan Keluarga menurut Friedman (1998) dalam Harmoko (2012).....	13
Tabel 2.2	Kriteria Hipertensi menurut JPC-V AS	25
Tabel 2.3	Perencanaan Makan dengan DASH.....	29
Tabel 2.4	Kandungan Na ⁺ Dalam Bahan Makan (mg/100 gram).....	31
Tabel 2.5	Golongan obat AntiHipertensi pada compelling indication	33
Tabel 2.6	Prioritas Masalah	43
Tabel 2.7	Rencana Asuhan Keperawatan	46
Table 3.1	Analisa data masalah pada keluarga Tn. T	64
Table 3.2	Daftar Diagnosis Keperawatan yang muncul	66
Table 3.3	penilaian diagnose keperawatan keluarga deficit pengetahuan	66
Table 3.4	Diagnosa Keperawatan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	69
Table 3.5	Diagnosa Keperawatan Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko	72
Table 3.6	Daftar Prioritas Diagnosis Keperawatan Keluarga Tn. T	75
Table 3.7	Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga pada keluarga Tn.T	75
Table 3.8	Implementasi Keperawatan Pada Keluarga Tn.T.....	78
Table 3.9	Evaluasi Keperawatan Pada Keluarga Tn.T	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	<i>Pathway</i> Asuhan keperawatan keluarga dengan Hipertensi 53
Gambar. 3.1	Genogram keluarga Tn. T 55
Gambar 3.2.	Denah rumah keluarga Tn. T 57

DAFTAR LAMPIRAN

lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	133
Lampiran 2	Motto Dan Persembahan.....	134
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah Akhir	136
Lampiran 4	Asuhan Keperawatan Keluarga	137
Lampiran 5	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)_Rendam Kaki Air Hangat ..	158
Lampiran 6	Rendam Kaki Air Hangat	164
Lampiran 7	Standar Operasional Prosedur.....	167
Lampiran 8	Lembar Balik Rendam Kaki Dengan Air Hangat.....	169
Lampiran 9	Lembar Balik Tentang Hipertensi	171

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
HT	: Hipertensi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AHA	: American Heart Association
ACE	: Angiotensin-Converting Enzyme
DASH	: Dietary Approach To Stop Hypertension
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
BB	: Beta Blocker
CCB	: Calcium Channel Blocker
GCS	: Glasgow Coma Scale

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup Bersama dengan keterikatan aturan dan emosional di mana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keluarga memiliki tahap perkembangan dimulai dari keluarga yang baru menikah dan diakhiri dengan tahap perkembangan keluarga usia lanjut. Keluarga adalah institusi terkecil dari suatu masyarakat yang memiliki struktur sosial dan sistem tersendiri dan yang merupakan sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan atau hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi (Nurjanah, 2019). Salah satu penyakit yang memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi dalam keluarga salah satunya Hipertensi (Martono, 2010). Hipertensi atau darah tinggi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal (Tumanduk, Nelwan, & Asrifuddin, 2019). Tekanan darah yang dikatakan tinggi dimana tekanan sistolik lebih dari 140mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Ferri, 2017). Penyebab dari Hipertensi yang sering terjadi kebanyakan dari faktor keturunan. Kesejahteraan kesehatan yang baik adalah suatu kondisi dimana tidak hanya bebas dari penyakit. Banyak faktor yang mempengaruhi kondisi sehat maupun sakit. Sehat diartikan sebagai kondisi yang normal dan alami, yang bersifat dinamis dan sifatnya terus menerus berubah. Menurut WHO sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, tidak hanya terbebas

dari penyakit dan kelemahan. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi penyembuhan dan pemulihan pasien. Jika tidak ada dukungan dari keluarga, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) semakin kecil.

Kejadian Hipertensi secara global cenderung meningkat, terutama di negara maju dan negara berkembang termasuk Indonesia yang sedang mengalami transisi epidemiologi (Rahajeng, 2011). Tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita Hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita Hipertensi, hanya 36,8 yang minum obat. Jumlah penderita Hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena Hipertensi (WHO, 2015). Penyakit Hipertensi di Indonesia berdasarkan pengukuran tekanan darah sebesar 36,32% dan Jawa timur menduduki posisi tertinggi kedua di Indonesia yang penduduknya menderita Hipertensi (Riskesdas, 2018). Profil Kesehatan Jawa timur (2019), didapatkan penderita Hipertensi sebesar 720,378 orang yang tersebar di seluruh Puskesmas Kota Surabaya.

Kemenkes RI (2019) menyebut hipertensi sebagai *the silent killer* karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak mengetahui dirinya menderita hipertensi dan baru diketahui setelah terjadi komplikasi. Indikasi dari peningkatan kasus Hipertensi dimasyarakat salah satunya karena minimnya perhatian keluarga terhadap pencegahan dan perawatan anggota keluarga yang mempunyai penyakit Hipertensi. Keberhasilan perawatan penderita Hipertensi tidak luput dari peran keluarga, dimana keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan dan keluarga sangat berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Bila dalam keluarga tersebut salah satu

anggotanya mengalami masalah kesehatan maka sistem dalam keluarga akan terpengaruh, penderita Hipertensi biasanya kurang mendapatkan perhatian keluarga, apabila keluarga kurang dalam pengetahuan tentang perawatan Hipertensi, maka berpengaruh pada perawatan yang tidak maksimal (Mubarak, 2009). Penatalaksanaan hipertensi ini dapat berjalan dengan bantuan keluarga sebagai salah satu fungsi perawatan kesehatan di dalam keluarga.

Fungsi perawatan keluarga merupakan salah satu fungsi utama keluarga, dimana keluarga memberikan perawatan Kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit (Friedman, 2010). Perawat berperan untuk memberikan *skill* atau pengetahuan untuk meningkatkan derajat pengetahuan seoptimal mungkin, serta mengajarkan dalam merawat anggota yang sakit, sehingga dari yang tidak tahu menjadi tahu, agar tercipta keluarga yang mandiri. Pengetahuan mengenai hipertensi perlu di tingkatkan terutama faktor yang mempengaruhinya, yaitu faktor yang dapat di kontrol dan faktor yang tidak dapat di kontrol. Faktor yang dapat dikontrol adalah kegemukan atau obesitas, pola makan yang tidak terkontrol bisa menyebabkan penimbunan lemak sehingga mempengaruhi peredaran darah, konsumsi garam berlebihan, garam bersifat menahan air sehingga menaikkan tekanan darah, kurang olahraga, orang yang kurang aktif berolahraga pada umumnya cenderung mengalami kegemukan, stres, merokok dan konsumsi alkohol. Faktor yang tidak dapat dikontrol, diantaranya adalah keturunan, 70-80% penderita Hipertensi ditemukan ada riwayat keluarganya, jenis kelamin, kaum laki-laki paling beresiko Hipertensi karena memiliki faktor pendorong, seperti stres, kelelahan, dan makanan tidak terkontrol, umur, pada umumnya hipertensi menyerang pria pada usia di atas 31 tahun, sedangkan pada

wanita terjadi setelah usia 45 tahun (menopause) (Marista, 2019). Modifikasi gaya hidup dan menjalani perilaku yang lebih sehat sangat penting dalam mencegah Hipertensi, terutama mengendalikan faktor risiko Hipertensi. .

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk Mengelola Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis Medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang dijelaskan, maka rumusan masalah dalam keluarga adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis Medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulis

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus Karya Tulis Ilmiah ini antara lain :

- 1) Melakukan pengkajian pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.
- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada keluarga dan klien dengan

diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

- 4) Melaksanakan intervensi keperawatan pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.
- 5) Mengevaluasi pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi penulis

Manfaat bagi penulis adalah sebagai sarana untuk mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman khususnya dibidang keluarga dan komunitas pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

1.4.2. Bagi keluarga

Manfaat bagi keluarga adalah sebagai evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan perawatan khususnya pada keluarga dan klien dengan diagnosis medis Hipertensi di Kelurahan Bendul Merisi Surabaya.

1.4.3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan adalah sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta sebagai bahan kepustakaan.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskripsi yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien dan keluarga

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku klien yang dapat diamati. Serta melalui percakapan dengan klien dan keluarga

3. Pemeriksaan

Melalui pemeriksaan fisik yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga klien dan hasil hasil pemeriksaan

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan agar lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar tabel dan abstraksi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode, dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Hipertensi.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan fakta yang ada di lapangan.

BAB 5: Penutup berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1. Definisi

Bailon dan Maglaya (1997) dalam Susanto (2012) mengatakan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum; meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota. Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak dkk, 2009).

2.1.2. Tipe atau Bentuk Keluarga

Friedman, Bowden dan Jones (2003) dalam Susanto (2012) tipe keluarga :

a. Tradisional

1) *The Nuclear Family* (Keluarga Inti)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.

2) *The Dyad Family* (Keluarga tanpa anak)

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersamadalam satu rumah.

3) **Keluarga Usila**

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

4) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

5) *The Extended Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, tante, orang tua (kakek nenek) dan keponakan.

6) *Commuter Family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota biasa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir pekan atau pada waktu-waktu tertentu.

7) *The Single Parent Family*

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.

8) *Multigenerational Family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

9) *Kin-network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contoh :

Dapur, kamar mandi, telepon dan lain-lain.

10) *Blended Family*

Duda atau janda karena perceraian yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau hasil perkawinan sebelumnya.

11) *The Single Adult Family*

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi) seperti : perceraian atau ditinggal mati

b. Non Tradisional

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa menikah.

2) *The Step-parent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah. Sosialisasi anak dengan aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

5) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang yang mempunyai persamaan orientasi seksual hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.

6) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi oleh aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

8) *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara sementara waktu, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

9) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

10) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.1.3. Struktur Keluarga

Friedman (1998) dalam Harmoko (2012) menyatakan struktur keluarga antara lain:

a. *Struktur Peran Keluarga*

Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa

yang individu-individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain yang menyangkut peran-peran tersebut

b. Sistem Nilai dalam Keluarga

Nilai-nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, sikap dan kepercayaan tentang nilai suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat bersama-sama seluruh anggota keluarga dalam suatu budaya yang lazim.

c. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

d. Struktur Kekuasaan dalam Keluarga

Kekuasaan keluarga sebagai sebuah karakteristik dari sistem keluarga adalah kemampuan, baik potensial maupun aktual dari seorang individu untuk mengubah tingkah laku anggota keluarga.

2.1.4. Fungsi Keluarga

Menurut Allender & Spardley (2001) dalam Susanto (2012), fungsi keluarga adalah :

a. Affection

- 1) Menciptakan suasana persaudaraan/ menjaga perasaan.
- 2) Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual.
- 3) Menambah anggota baru.

b. Security and Acceptance

- 1) Mempertahankan kebutuhan fisik.

2) Menerima individu sebagai anggota.

c. Identity and Satisfaction

1) Mempertahankan motivasi.

2) Mengembangkan peran dan self-image.

d. Affiliation and companionship

1) Mengembangkan pola komunikasi.

2) Mempertahankan hubungan yang harmonis.

e. Sosialization

1) Mengenal kultur (nilai dan perilaku).

2) Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal.

3) Melepas anggota.

f. Controls

1) Mempertahankan kontrol sosial.

2) Adanya pembagian kerja.

Tabel 2.1 Tugas Perkembangan Keluarga menurut Friedman (1998) dalam Harmoko (2012)

Tahap Siklus Kehidupan Keluarga	Tugas Perkembangan Keluarga
Tahap I: Keluarga Pemula	1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan 2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis 3. Keluarga berencana (keputusan kedudukan sebagai orangtua)

<p>Tahap II: Keluarga sedang mengasuh anak</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga) 2. Rekonsiliasi tugas-tugas yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga 3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 4. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran-peran orangtua dan kakek-nenek
<p>Tahap III: Keluarga dengan anak usia pra sekolah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan 2. Mensosialisasikan anak 3. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain 4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua dan anak) dan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
<p>Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat 2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang

	<p>memuaskan</p> <p>3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga</p>
Tahap V: Keluarga dengan anak remaja	<p>1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri</p> <p>2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan</p> <p>3. Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak</p>
Tahap VI: Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda	<p>1. Memperluas siklus keluarga dengan memuaskan anggota keluarga yang baru didapatkan melalui perkawinan anak-anak</p> <p>2. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan</p> <p>3. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri</p>
Tahap VII: tahap orangtua usia pertengahan	<p>1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan</p> <p>2. Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua lansia dan anak-anak</p> <p>3. Memperkokoh hubungan perkawinan</p>

Tahap VIII: Keluarga dalam masa pensiun dan lanjut usia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan 2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun 3. Mempertahankan hubungan perkawinan 4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan 5. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi 6. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)
---	--

Sumber: Friedman (1998) dalam Harmoko (2012)

2.1.5. Keluarga dengan Remaja

a. Definisi

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap kelima dari siklus kehidupan keluarga dimulai. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal dirumah hingga berumur 19 atau 20 tahun. Dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir saat anak berusia 19-20 tahun. Keluarga dengan anak remaja berada dalam posisi dilematis, mengingat anak sudah mulai menurun perhatiannya terhadap orang tua dibandingkan dengan teman sebayanya. Pada tahapan ini seringkali ditemukan perbedaan pendapat antara orang tua dan anak remaja, apabila hal ini tidak diselesaikan akan berdampak pada

hubungan selanjutnya. (diadaptasi dari Duval, dalam Setiawati & Dermawan, 2008, hal. 20).

b. Tahap Perkembangan Remaja

1) Fase Praremaja

Periode transisi antara masa kanak-kanak dan adolesens sering dikenal sebagai praremaja oleh profesional dalam ilmu perilaku (Potter&Perry, 2005). Menurut Hall seorang sarjana psikologi Amerika Serikat, masa muda (*youth or preadolescence*) adalah masa perkembangan manusia yang terjadi pada umur 8-12 tahun.

Tugas perkembangan terpenting dalam fase praremaja yaitu, belajar melakukan hubungan dengan teman sebaya dengan cara berkompetisi, berkompromi dan kerjasama.

2) Fase Remaja Awal (early adolescence)

Fase remaja awal merupakan fase yang lanjutan dari praremaja. pada fase ini ketertarikan pada lawan jenis mulai nampak. Sehingga, remaja mencari suatu pola untuk memuaskan dorongan genitalnya. Sunaryo (2004:56) berpendapat bahwa, hal terpenting pada fase ini, antara lain:

- a) Tantangan utama adalah mengembangkan aktivitas heteroseksual.
- b) Terjadi perubahan fisiologis.
- c) Terdapat pemisahan antara hubungan erotik yang sarannya adalah lawan jenis dan keintiman dengan jenis kelamin yang sama.
- d) Jika erotik dan keintiman tidak dipisahkan, maka akan terjadi hubungan homoseksual.
- e) Timbul banyak konflik akibat kebutuhan kepuasan seksual, keamanan dan keakraban.

f) Tugas perkembangan yang penting adalah belajar mandiri dan melakukan hubungan dengan jenis kelamin yang berbeda.

3) Fase Remaja Akhir

Fase remaja akhir merupakan fase dengan ciri khas aktivitas seksual yang sudah terpolakan. Hal ini didapatkan melalui pendidikan hingga terbentuk pola hubungan antarpribadi yang sungguh-sungguh matang. Fase ini merupakan inisiasi ke arah hak, kewajiban, kepuasan, tanggung jawab kehidupan sebagai masyarakat dan warga negara.

Sunaryo (2004:57) mengatakan bahwa tugas perkembangan fase remaja akhir adalah *economically, intellectually, dan emotionally self sufficient*.

c. Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

1) Perkembangan Biologis

Perubahan fisik yang terjadi pada remaja terlihat pada saat masa pubertas yaitu meningkatnya tinggi dan berat badan serta kematangan sosial. Diantara perubahan fisik itu, yang terbesar pengaruhnya pada perkembangan jiwa remaja adalah pertumbuhan tubuh (badan menjadi semakin panjang dan tinggi). Selanjutnya, mulai berfungsinya alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh (Sarwono, 2006: 52).

Perry & Potter (2005:690) mengungkapkan bahwa empat fokus utama perubahan fisik adalah :

- a) Peningkatan kecepatan pertumbuhan skelet, otot dan visera
- b) Perubahan spesifik-seks, seperti perubahan bahu dan lebah pinggul
- c) Perubahan distribusi otot dan lemak

d) Perkembangan sistem reproduksi dan karakteristik seks sekunder.

Pada dasarnya perubahan fisik remaja disebabkan oleh kelenjar *pituitary* dan kelenjar *hypothalamus*. Kedua kelenjar itu masing-masing menyebabkan terjadinya pertumbuhan ukuran tubuh dan merangsang aktifitas serta pertumbuhan alat kelamin utama dan kedua pada remaja (Sunarto & Agung Hartono, 2002:94).

2) Perkembangan Kognitif

Piaget (dalam Santrock, 2003: 110) secara lebih nyata pemikiran operasional formal bersifat lebih abstrak, idealistis dan logis. Remaja berpikir lebih abstrak dibandingkan dengan anak-anak misalnya dapat menyelesaikan persamaan aljabar abstrak. Remaja juga lebih idealistis dalam berpikir seperti memikirkan karakteristik ideal dari diri sendiri, orang lain dan dunia. Remaja berfikir secara logis yang mulai berpikir seperti ilmuwan, menyusun berbagai rencana untuk memecahkan masalah dan secara sistematis menguji cara pemecahan yang terpikirkan.

Dalam perkembangan kognitif, remaja tidak terlepas dari lingkungan sosial. Hal ini menekankan pentingnya interaksi sosial dan budaya dalam perkembangan kognitif remaja

3) Perkembangan Sosial

Perubahan emosi selama pubertas dan masa remaja sama dramatisnya seperti perubahan fisik. Masa ini adalah periode yang ditandai oleh mulainya tanggung jawab dan asimilasi penghargaan masyarakat.

Pencarian identitas diri merupakan tugas utama dalam perkembangan psikososial adelesens. Remaja arus membentuk hubungan sebaya yang dekat

atau tetap terisolasi secara sosial (Potter&Perry, 2005:693). Pencarian identitas diri ini meliputi identitas seksual, identitas kelompok, identitas keluarga, identitas pekerjaan, identitas kesehatan dan identitas moral

- d. Masalah – masalah yang terjadi pada keluarga dengan tahap perkembangan dengan anak remaja

Ketidakmatangan dalam hubungan keluarga seperti yang ditunjukkan oleh adanya pertengkaran dengan anggota-anggota keluarga, terus menerus mengkritik atau buat komentar-komentar yang merendahkan tentang penampilan atau perilaku anggota keluarga, sering terjadi selama tahun-tahun awal masa remaja. Pada saat ini hubungan keluarga biasanya berada pada titik rendah.

Hubungan keluarga yang buruk merupakan bahaya psikologis pada setiap usia, terlebih selama masa remaja karena pada saat ini anak laki-laki dan perempuan sangat tidak percaya pada diri sendiri dan bergantung pada keluarga untuk memperoleh rasa aman. Yang lebih penting lagi, mereka memerlukan bimbingan atau bantuan dalam menguasai tugas perkembangan masa remaja. Kalau hubungan-hubungan keluarga ditandai dengan pertentangan, perasaan-perasaan tidak aman berlangsung lama, dan remaja kurang memiliki kesempatan untuk mengembangkan pola perilaku yang tenang dan lebih matang. Remaja yang hubungan keluarganya kurang baik juga dapat mengembangkan hubungan yang buruk dengan orang-orang diluar rumah. Meskipun semua hubungan, baik dalam masa dewasa atau dalam masa kanak-kanak, kadang-kadang tegang namun orang-orang selalu mengalami kesulitan dalam bergaul dengan orang lain dianggap tidak matang

dan kurang menyenangkan. Hal ini menghambat penyesuaian sosial yang baik.

Masa remaja dikenal banyak orang sebagai masa yang indah dan penuh romantika, padahal sebenarnya masa ini merupakan masa yang penuh dengan kesukaran. Bukan hanya bagi dirinya tetapi bagi keluarga dan lingkungan sosial. Masa ini akan membuat remaja mengalami kebingungan disatu pihak masih anak-anak, tetapi dilain pihak harus bertingkah laku seperti orang dewasa. Situasi ini membuat mereka dalam kondisi konflik, sehingga akan terlihat bertingkah laku aneh, canggung dan kalau tidak dikontrol dengan baik dapat menyebabkan kenakalan. Dalam usahanya mencari identitas diri, mereka sering membantah orang tuanya, karena memulai mempunyai pendapat sendiri, cita-cita dan nilai-nilai sendiri yang berbeda dengan orang tuanya.

e. Masalah-masalah Kesehatan

Pada tahap ini kesehatan fisik anggota keluarga biasanya baik. Tapi promosi kesehatan tetap menjadi hal yang penting. Faktor-faktor resiko harus diidentifikasi dan dibicarakan dengan keluarga, seperti pentingnya gaya hidup keluarga yang sehat mulai dari usia 35 tahun, resiko penyakit jantung koroner meningkat dikalangan pria dan pada usia ini anggota keluarga yang dewasa mulai merasa lebih rentan terhadap penyakit sebagai bagian dari perubahan-perubahan perkembangan dan biasanya mereka ini lebih menerima strategi promosi kesehatan. Sedangkan pada remaja, kecelakaan terutama kecelakaan mobil merupakan bahaya yang amat besar, dan patah tulang dan cedera karena atletik juga umum terjadi. Penyalahgunaan obat-

obatan dan alkohol, keluarga berencana, kehamilan yang tidak dikehendaki, dan pendidikan dan konseling seks merupakan bidang perhatian yang relevan. Dalam mendiskusikan topik ini dengan keluarga, perawat dapat terjebak dalam perselisihan atau masalah antara orang tua dan kaum muda, remaja biasanya mencari pelayanan kesehatan mencakup uji kehamilan, menggunakan obat-obatan, uji AIDS, keluarga berencana, dan aborsi, diagnosis dan perawatan penyakit kelamin. Agaknya telah menjadi trend yang sah bagi remaja untuk menerima perawatan kesehatan tanpa ijin orang tua. Bila orang tua diikutsertakan maka dilakukan wawancara terpisah sebelum mereka dikumpulkan. Kebutuhan kesehatan yang lain adalah dalam bidang hubungan dan bantuan untuk memperkuat hubungan perkawinan dan hubungan remaja dengan orang tua. Konseling langsung yang bersifat menunjang atau mulai rujukan ke sumber-sumber dalam komunitas untuk konseling, dan juga pendidikan yang bersifat rekreasional, dan pelayanan lainnya mungkin diperlukan, pendidikan promosi kesehatan umum juga diindikasikan (Friedman, 1998, hal. 127).

f. Peran Perawat

Peran perawat pada tahap ini adalah mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit. Penyuluhan tentang penyakit kardiovaskuler pada usia lanjut, penyuluhan tentang obat-obatan terlarang, minuman keras, seks, pencegahan kecelakaan pada remaja, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orang tua dengan anak remajanya (Mubarak, 2009, hal. 90).

Peran perawat dalam peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit pada tahap keluarga dengan anak remaja:

- 1) Guru tentang faktor-faktor kesehatan
- 2) Guru dalam isu-isu pemecahan masalah mengenai alkohol dan merokok, diet dan gerak badan
- 3) Fasilitator keterampilan interpersonal dengan anak belasan tahun bersama orang tua
- 4) Penolong langsung, konsultan atau pihak yang merujuk ke sumber-sumber kesehatan mental
- 5) Konsultan keluarga berencana
- 6) Pihak yang merujuk ke bagian penyakit yang ditularkan melalui seksual
- 7) Peserta dalam organisasi masyarakat untuk pengendalian penyakit

2.2 konsep Dasar Hipertensi

2.2.1. Definisi Hipertensi

Istilah “Hipertensi” diambil dari bahasa Inggris “Hypertension”. Kata “Hypertension” itu sendiri berasal dari bahasa Latin, yakni “Hyper” dan “Tension”. “Hyper” berarti super atau luar biasa dan “Tension” berarti tekanan atau tegangan. Hipertension akhirnya menjadi istilah kedokteran yang populer untuk menyebut penyakit tekanan darah tinggi. Disamping itu, dalam bahasa Inggris digunakan istilah “High Blood Pressure” yang berarti tekanan darah tinggi. (Sumantri, 2014). Tekanan darah adalah tenaga yang dipakai oleh darah yang dipompakan dari jantung untuk melawan tahanan pembuluh darah. Dengan kata lain, tekanan darah adalah sejumlah tenaga yang dibutuhkan untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh. Sepanjang hari, tekanan darah akan berubah–ubah tergantung dari aktivitas tubuh. Latihan yang berat dan stres cenderung meningkatkan tekanan darah. Sementara itu, dalam keadaan berbaring atau istirahat, tekanan darah akan turun

kembali. Hal ini merupakan peristiwa normal. Jika tekanan darah seseorang meningkat dengan tajam dan kemudian tetap tinggi, orang tersebut dapat dikatakan mempunyai tekanan darah tinggi atau Hipertensi (Bangun, 2008).

2.2.2. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat Vasomotor pada Medulla di otak. Dari pusat Vasomotor ini bermula jaras Saraf Simpatis, yang berlanjut kebawah ke Korda Spinalis dan keluar dari Kolumna Medulla Spinalis ke Ganglia Simpatis di Toraks dan Abdomen. Rangsangan pusat Vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem Saraf Simpatis ke Ganglia Simpatis. Pada titik ini, Neuron pre-ganglion melepaskan Asetilkolin, yang akan merangsang serabut Saraf Pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya Norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang Vasokonstriktor. Klien dengan Hipertensi sangat sensitif terhadap Norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi. Pada saat bersamaan ketika sistem Saraf Simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar Adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas Vasokonstriksi. Medulla Adrenal menyekresi Epinefrin, yang menyebabkan Vasokonstriksi. Korteks Adrenal menyekresi Kortisol dan Steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon Vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke Ginjal, menyebabkan pelepasan Renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan Angiotensin I yang kemudian diubah menjadi Angiotensin II, Vasokonstriktor kuat,

yang pada akhirnya merangsang sekresi Aldosteron oleh Korteks Adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus Ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan Hipertensi (Brunner and Suddarth, 2002 dalam Aspiani, 2016).

2.2.3. Klasifikasi Hipertensi

Adapun Klasifikasi tekanan darah menurut JPC-V AS (2004) dalam Aspiani (2016) dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.2 Kriteria Hipertensi menurut JPC-V AS

Kriteria	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Normal	<130	<85
Perbatasan (high normal)	130–139	85–89
Hipertensi Stage 1: ringan	140–159	90–99
Hipertensi Stage 2 : sedang	160-179	100-109
Hipertensi Stage 3 : berat	180-209	110-119
Hipertensi Stage 4 : sangat berat	≥ 210	≥ 120

Sumber : JPC-V AS (2004) dalam Aspiani 2016

Keterangan:

- a. TDD: tekanan darah diastolic
- b. TDS: tekanan darah sistolik

2.2.4. Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya Hipertensi dibagi menjadi dua golongan, menurut Ardiyansyah (2012), yaitu :

- a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah Hipertensi Esensial atau Hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan

berkembangnya Hipertensi Esensial diantaranya :

1) Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan Hipertensi, beresiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini ketimbang mereka yang tidak mempunyai riwayat keluarga.

2) Jenis Kelamin dan Usia

Laki-laki berusia 35–50 tahun dan wanita paska menopause beresiko tinggi untuk mengalami Hipertensi.

3) Berat Badan/Obesitas

(25% lebih berat di atas berat badan ideal) juga sering dikaitkan dengan berkembangnya Hipertensi.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi Sekunder adalah jenis Hipertensi yang penyebabnya diketahui.

Beberapa gejala atau penyakit yang penyebab Hipertensi jenis ini, antara lain :

1) Coarctation Aorta

Yaitu penyempitan Aorta congenital yang (mungkin) terjadi beberapa tingkat Aorta Torasik atau Aorta Abdominal. Penyempitan ini menghambat aliran darah melalui lengkungan Aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstiksi.

2) Penyempitan Parenkim dan vascular Ginjal

Penyakit ini merupakan penyebab utama Hipertensi Sekunder. Hipertensi Renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih Arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke Ginjal. Sekitar 90% lesi Arteri Renal pada klien dengan Hipertensi disebabkan oleh Arterosklerosis atau

Fibrous Dysplasia (pertumbuhan abnormal jaringan Fibrous). Penyakit Parenkrim Ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur secara fungsi Ginjal.

3) Penggunaan Kontrasepsi Hormonal (Estrogen)

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan Hipertensi melalui mekanisme Renin–Aldosteron–mediate volume expansion. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah kembali normal setelah beberapa bulan.

4) Gangguan Endokrin

Disfungsi Medulla Adrenal dapat menyebabkan Hipertensi Sekunder Adrenal–mediate Hypertension disebabkan kelebihan primer Aldosteron, Kortisol dan katekolamin. Pada Aldosteron primer, kelebihan Aldosteron menyebabkan Hipertensi dan hipokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari adenoma Korteks Adrenal yang benigna (jinak). Pheochromocytomas pada Medulla Adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan. Pada sindrom cushing, terjadi kelebihan glukokortikoid yang diekskresi dari Korteks Adrenal. Sindrom cushing mungkin disebabkan oleh hiperplasi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikal.

5) Kegemukan (obesitas) dan gaya hidup yang tidak aktif (malas berolahraga)

2.2.5. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Terapi Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi harus dilaksanakan oleh semua pasien Hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-faktor serta

penyakit lain. Terapi nonfarmakologi meliputi: menghentikan merokok, menurunkan berat badan, menghentikan konsumsi alkohol, latihan fisik serta menurunkan asupan garam (Yugiantoro, 2006 dalam Sumantri 2014).

Terapi Hipertensi Sekunder berfokus pada perbaikan penyebab dan pengendalian efek Hipertensi. Pada Hipertensi Esensial, National Institutes Of Health (NIH) menganjurkan pendekatan sebagai berikut ini :

- 1) Diuretik jenis tiazid, sendiri atau kombinasi dengan AntiHipertensi golongan lain, direkomendasikan untuk sebagian besar penderita Hipertensi tanpa komplikasi. Jika pasien memiliki indikasi yang memaksa, obat AntiHipertensilain dapat digunakan pada terapi pertama, seperti menghambat enzim pengkonversi-Angiotensin (ACE), penyekat reseptor Angiotensin (Williams& Wilkins, 2007 dalam Sumantri, 2014).
- 2) Membantu pasien mengubah gaya hidup sesuai kebutuhan, seperti penurunan berat badan. Restriksi natrium, mengurangi asupan alkohol, olahraga fisik yang teratur, berhenti merokok dan mengadopsi perencanaan dari Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH).

DASH dianjurkan oleh JNHC 7 (2004) dan AHA (2006) untuk pencegahan dan manajemen Hipertensi dengan prinsip banyak mengkonsumsi buah dan sayuran, susu rendah lemak dan hasil olahannya serta kacang-kacangan. Pola diet DASH merupakan pola diet yang menekankan pada konsumsi bahan makanan rendah natrium (<2300 mg/hari), tinggi kalium (4700 mg/hari), magnesium (>420 mg/hari), kalsium(>1000 mg/hari), dan serat (25 – 30 g/hari) serta rendah asam lemak jenuh dan kolesterol (<200 mg/hari) yang banyak terdapat pada buah - buahan, kacang-kacangan, sayuran, ikan, daging

tanpa lemak, susu rendah lemak, dan bahan makanan dengan total lemak dan lemak jenuh yang rendah. Bahan makanan yang terdapat dalam pola diet DASH merupakan bahan makanan segar dan alami tanpa melalui proses pengolahan industri terlebih dahulu sehingga memiliki kadar natrium yang relatif rendah. (Nurhumairah, 2014).

Tabel 2.3 Perencanaan Makan dengan DASH

Golongan	Jumlah Porsi	Ukuran per Porsi
Sereal dan hasil olahan	6 - 8 / hari	½ gelas nasi (3-4 gelas nasi perhari) 1 potong roti (6-8 potong roti perhari)
Sayuran dan buah	8 - 10 / hari	1 gelas sayuran segar (8-10 gelas sayursegar perhari) ½ gelas buah segar atau jus buah (4-5 gelas perhari)
Susu rendah / bebas lemak dan hasil olahannya	2 - 3 / hari	1 gelas susu atau yogurt (2-3 gelas perhari)
Daging tanpa lemak, unggas dan ikan	≤ 6 / hari	1 potong daging/unggas/ikan (≤ 6 potong perhari)
Kacang-kacangan	4 - 5 / minggu	½ cangkir kacang (1 setengah cangkir perminggu) 2 sendok makan keju kacang (8-10 sdm perminggu)
Lemak dan	2 - 3 / hari	1 sendok teh minyak (2-3 sendok teh

minyak		perhari)
Pemanis	≤ 5 / minggu	1 sendok makan gula (≤ 5 sdm perminggu) 1 sendok makan selai (≤ 5 sdm perminggu)
Sodium / Natrium	1500 - 2400 mg Na per hari	1500 mg Na setara dengan 3.8 gram garam meja. 2400 mg Na setara dengan 6gram garam meja.

Sumber : National Heart, Lung and Blood Institute (2007) dalam Kresnawan (2011).

Terapi nonfarmakologis pada pasien Hipertensi dapat dilakukan dengan cara:

1. Diit Rendah Garam

Menurut persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) (2009) tujuan diet rendah garam adalah membantu menghilangkan garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Sesuai dengan berat ringannya penyakit, diet rendah garam digolongkan menjadi tiga tingkatan:

a) Diet Rendah Garam I (200-400 mg Na/hari)

Diet rendah garam I diberikan pada pasien dengan edema, acites atau Hipertensi berat. Pada pengolahan makanan tidak ditambahkan garam dapur dihindari makanan yang tinggi kadar natriumnya.

b) Diet Rendah Garam II (600-800 mg Na/hari)

Diet rendah garam II diberikan pada pasien dengan edema, acites atau pasien dengan Hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan diit rendah garam I. Pada pengolahan makanannya boleh

menambahkan ½ sendok teh garam dapur atau 2 gr.

c) Diet Rendah Garam III (1000-1200 mg/hari)

Diet rendah garam III diberikan pada pasien dengan edema atau penderita Hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diit rendah garam

Pada pengolahan makanannya menggunakan satu sendok teh garam dapur/hari atau 4 gram garam dapur). Makanan olahan yang banyak mengandung Natrium sebaiknya dibatasi: biskuit, daging asap, dendeng, abon, ikan asin, sarden, kornet, telur, asinan buah dalam kaleng.

Tabel 2.4 Kandungan Na⁺ Dalam Bahan Makan (mg/100 gram)

Bahan Makanan	Mg	Bahan Makanan	Mg
Roti Putih	530	Telur bebek	191
Biskuit	500	Telur ayam	158
Kue-kue	250	Sosis	1000
Daging bebek	200	Keju	1250
Daging sapi	93	Margarin	950
Ikan sarden	131	Mentega	987
Udang segar	185	Tomat ketchup	2100
Teri Kering	885	Garam	3875
<i>Corned beef</i>	1250	Kecap	4000
Ham	1250	Roti coklat	500

Sumber: Almtsier (2006) dalam Sumantri (2014)

Cara memasak untuk mengeluarkan Na⁺ antara lain :

- 1) Pada ikan asin di cuci dan direndam terlebih dahulu
- 2) Untuk mengeluarkan garam dari margari dengan mencampur margarin

dengan air, lalu masak sampai mendidih, margarin akan mencair dan larut dalam air. Dinginkan cairan dengan memasukkan panci dalam kulkas. Margarin akan keras kembali dan buang air yang mengandung garam natrium, lakukan sebanyak dua kali (Rismayanti, 2012 Diet Bagi Penderita Hipertensi <http://staf.uny.ac.id>.)

2. Kontrol Berat Badan dan Meningkatkan Aktivitas Fisik

Berbagai penelitian menyebutkan bahwa berolahraga secara teratur merupakan intervensi pertama untuk mengendalikan berbagai penyakit degenerative (tidak menular). Hasil secara teratur terbukti bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi risiko stroke dan serangan jantung. Pengaruh olahraga jangka panjang sekitar empat sampai enam bulan dapat menurunkan tekanan darah sebesar 7,5/5,8 mmHg tanpa bantuan obat Hipertensi. Pengaruh penurunan tekanan darah ini dapat berlangsung sekitar 20 jam setelah berolahraga (Susanto, 2010).

3. Mengurangi Konsumsi Rokok dan Alkohol

Alkohol dapat menaikkan tekanan darah, memperlemah jantung, mengentalkan darah dan menyebabkan kejang Arteri (Susanto, 2010). Berbagai studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar dua sampai tiga gelas ukuran standar setiap hari. Di Negara barat seperti Amerika, konsumsi alkohol yang berlebihan berpengaruh terhadap terjadinya Hipertensi. Sekitar 10% Hipertensi di Amerika disebabkan oleh asupan alkohol yang berlebihan dikalangan pria usia 40 tahun keatas (Depkes 2006 dalam Sumantri 2014).

Dampak bahaya merokok tidak langsung bisa dirasakan dalam jangka pendek

tetapi terakumulasi beberapa tahun kemudian, terasa 10-20 tahun. Dampak rokok berupa kejadian Hipertensi muncul kurang lebih setelah berusia lebih dari 40 tahun. Jika merokok dimulai usia muda, maka beresiko mendapat serangan jantung menjadi dua kali lebih sering dibanding tidak merokok (Depkes,2008). Setiap tahun sekitar 3,5 sampai 5 juta jiwa melayang akibatmerokok (sekitar 10.000 orang/hari) (Cahyono, 2008 dalam Sumantri,2014).

b. Terapi farmakologi

Berdasarkan JNC 7, terapi farmakologis AntiHipertensi diberikan berdasarkan pertimbangan berat ringannya derajat Hipertensi. Pasien dengan Hipertensi derajat 1 memulai terapi dengan monoterapi. Kebanyakan dimulai dengan terapi tiazid diuretik karena selain efektif pada Hipertensi derajat ringan, tiazid diuretik juga relatif terjangkau, atau dapat juga dipertimbangkan monoterapi dari golongan lain (ACE inhibitor, ARB, BB, CCB). Apabila masih belum mencapai target terapi, dapat dilakukan optimalisasi dosis. Namun bila masih tetap tidak mencapai target terapi dapat dipertimbangkan terapi kombinasi dengan 2 golongan obat yang berbeda. Sedangkan untuk Hipertensi derajat 2, terapiinisial dimulai dengan kombinasi dua macam obat (tiazid diuretik + ACE inhibitor/ARB/BB/CCB). Pasien dengan compelling indication terapinya akan disesuaikan dengan jenis compelling indication yang dimilikinya,

Tabel 2.5 Golongan obat AntiHipertensi pada compelling indication

<i>Compelling Indication</i>	Jenis obat yang direkomendasi					
	Diuretic	BB	ACE Inhibitor	ARB	CCB	Aldosteron inhibitor
Gagal jantung	•	•	•	•		•
Post miokard infark		•	•			•
Resiko tinggi penyakit arteri koroner	•	•	•		•	
Diabetes	•	•	•	•	•	
Penyakit ginjal kronik			•	•		
Pencegahan stroke berulang	•		•			

Pada kondisi gagal jantung asimtomatik dengan disfungsi ventrikuler, direkomendasikan penggunaan ACE inhibitor dan BB, sedangkan untuk pasien dengan gagal jantung simptomatik dan disfungsi ventrikuler atau end stage, ACE inhibitor, ARB, BB lebih direkomendasikan bersama dengan loop diuretic.

Pasien Hipertensi dengan angina pektoris stabil, pilihan obat yang baik biasanya BB. Sebagai alternative dapat diberikan CCB. Pada pasien dengan sindroma koronaria akut, terapi AntiHipertensi dapat dimulai dengan BB dan ACE inhibitor. Pasien dengan post infark miokard dianjurkan penggunaan ACE inhibitor, BB dan Aldosteron inhibitor.

Pada pasien Hipertensi dengan diabetes, kombinasi dua sampai tiga jenis obat dibutuhkan untuk mencapai target terapi. Tiazid diuretik, ACE inhibitor, ARB, BB dan CCB bermanfaat dalam menurunkan resiko PKV. ACE inhibitor atau ARB baik untuk diabetic nefropati dan menurunkan albuminuria dan ARB dapat menurunkan

progresi makroalbuminuria.

Penyakit Ginjal kronik merupakan penurunan fungsi ekskresi dengan LFG < 60 ml/menit per $1,73 m^2$ (serum kreatinin > 1,5 mg/dL pada laki – laki dan > 1,3 pada perempuan) dan/atau albuminuria (albumin >300 mg/hari atau 200 mg albumin/g keratin). ACE inhibitor dan ARB diindikasikan untuk menjadi terapi AntiHipertensi pada kondisi ini. Peningkatan kreatinin sampai 35% di atas normal dapat menerima terapi ACE inhibitor dan ARB kecuali bila terjadi hiperkalemi. Pada kerusakan Renal yang lebih parah peningkatan dosis loop diuretic terkadang dibutuhkan. Keuntungan memebrikan terapi AntiHipertensi pada stroke akut masih belum jelas manfaatnya. Namun untuk pencegahan stroke berulang, kombinasi ACE inhibitor dan diuretik tiazid dapat bermanfaat.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Keluarga dengan Hipertensi

Proses keperawatan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang sistematis, yang digunakan ketika bekerja pada individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pada keperawatan keluarga perawat dapat mengkonseptualisasikan keluarga sebagai konteks dimana fokus dan proses perawatannya berorientasi pada anggota keluarga secara individu (Prastanti, 2012). Dalam praktiknya kebanyakan perawat keluarga bekerja pada keduanya yaitu pada keluarga dan pada individu dalam keluarga. Ini berarti bahwa perawat keluarga akan menggunakan proses keperawatan pada dua tingkatan yaitu tingkat individu dan keluarga. Sasaran asuhan keperawatan keluarga adalah keluarga- keluarga yang rawan kesehatan, yaitu keluarga yang mempunyai masalah kesehatan atau beresiko timbulnya masalah kesehatan. Sasaran keluarga yang dimaksud adalah individu sebagai

anggota keluarga dan keluarga itu sendiri (Prastanti, 2012).

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Untuk mendapatkan data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga, perawat diharapkan menggunakan bahasa ibu (bahasa yang digunakan sehari-hari), lugas dan sederhana.

Asuhan keperawatan keluarga menurut teori aplikasi model pengkajian Friedman (2013) dalam kasus keluarga dengan penyakit Hipertensi yaitu:

1. Data Umum

Data Umum yang perlu dikaji adalah Nama kepala keluarga, Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat, Daftar anggota keluarga.

2. Genogram

Dengan adanya genogram dapat diketahui faktor genetik atau faktor bawaan yang sudah ada pada diri manusia untuk timbulnya penyakit Hipertensi.

3. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi dapat dilihat dari pendapatan keluarga dan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang enggan memeriksakan diri ke dokter dan fasilitas kesehatan lainnya.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah Riwayat masing-masing kesehatan keluarga (apakah mempunyai penyakit keturunan), Perhatian keluarga

terhadap pencegahan penyakit, Sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan Pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

5. Karakteristik Lingkungan

Karakteristik lingkungan yang perlu dikaji adalah Karakteristik rumah, Tetangga dan komunitas, Geografis keluarga, Sistem pendukung keluarga.

6. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga dan bagaimana anggota keluarga mengembangkan sikap saling mengerti. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya. Fungsi ini merupakan basis sentral bagi pembentukan dan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda-tanda gangguan kesehatan selanjutnya.

2) Fungsi Keperawatan

(1) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena Hipertensi memerlukan perawatan yang khusus yaitu mengenai pengaturan makanan dan gaya hidup. Jadi disini keluarga perlu tau

bagaimana cara pengaturan makanan yang benar serta gaya hidup yang baik untuk penderita Hipertensi.

- (2) Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita Hipertensi.
- (3) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi.
- (4) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Yang perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah kekambuhan dari pasien Hipertensi.
- (5) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung kesehatan seseorang.

3) Fungsi Sosialisasi

Pada kasus penderita Hipertensi yang sudah mengalami komplikasi stroke, dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik di dalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

Pada penderita Hipertensi perlu dikaji riwayat kehamilan (untuk mengetahui adanya tanda-tanda Hipertensi saat hamil).

5) Fungsi Ekonomi

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit.

Biasanya karena faktor ekonomi rendah individu segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan lainnya (Friedman, 2013).

7. Stres dan Koping Keluarga

Stres dan koping keluarga yang perlu dikaji adalah Stresor yang dimiliki, Kemampuan keluarga berespons terhadap stresor, Strategi koping yang digunakan, Strategi adaptasi disfungsional.

8. Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan Fisik meliputi:

1) Keadaan Umum

a) Kaji tingkat kesadaran (GCS): kesadaran bisa compos mentis sampai mengalami penurunan kesadaran, kehilangan sensasi, susunan saraf dikaji (I-XII), gangguan penglihatan, gangguan ingatan, tonus otot menurun dan kehilangan reflek tonus, BB biasanya mengalami penurunan.

b) Mengkaji tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital biasanya melebihi batas normal.

2) Sistem Penginderaan (Penglihatan)

Pada kasus Hipertensi, terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda, (diplopia)/gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenal dengan baik.

3) Sistem Penciuman

Terdapat gangguan pada sistem penciuman, terdapat hambatan jalan nafas.

4) Sistem Pernafasan

Adanya batuk atau hambatan jalan nafas, suara nafas tredengar ronki (aspirasi sekresi).

5) Sistem Kardiovaskular

Nadi, frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung), perubahan EKG, adanya penyakit jantung miocard infark, rematik atau penyakit jantung vaskuler.

6) Sistem Pencernaan

Ketidakmampuan menelan, mengunyah, tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri.

7) Sistem Urinaria

Terdapat perubahan sistem berkemih seperti inkontinensia.

8) Sistem Persarafan

- a) Nervus I Olfaktori (penciuman)
- b) Nervus II Optic (penglihatan)
- c) Nervus III Okulomotor (gerak ekstraokuler mata, kontriksi dilatasi pupil)
- d) Nervus IV Trokhlear (gerak bola mata ke atas ke bawah)
- e) Nervus V Trigeminal (sensori kulit wajah, penggerak otot rahang)
- f) Nervus VI Abdusen (gerak bola mata menyamping)
- g) Nervus VII Fasial (ekspresi fasial dan pengecapan)
- h) Nervus VIII Oditori (pendengaran)
- i) Nervus IX Glosovaringeal (gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah)
- j) Nervus X Vagus (sensasi faring, gerakan pita suara)
- k) Nervus XI Asesori (gerakan kepala dan bahu)
- l) Nervus XII Hipoglosal (posisi lidah)

9) Sistem Musculoskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien Hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

10) Sistem Integument

Keadaan turgor kulit, ada tidaknya lesi, oedem, distribusi rambut.

9. Harapan Keluarga

Perlu dikaji bagaimana harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh dari suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Shoemaker dalam Setyowati, 2011). Contoh Diagnosa Asuhan Keperawatan Hipertensi dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Panduan Asuhan Keperawatan :

1. Defisit pengetahuan
2. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif
3. Gangguan komunikasi verbal

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Masalah keperawatan Hipertensi yang lazim muncul

1. Penurunan curah jantung
2. Nyeri akut
3. Kelebihan volume cairan ./ hipervolumia
4. Intoleransi aktivitas

5. Koping tidak efektif
6. Resiko perfusi serebral tidak efektif
7. Risiko cedera
8. Defisit pengetahuan
9. Ansietas

Perumusan diagnosis keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi) dan atau tanda (sign). Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit.
 - b) Pengertian.
 - c) Tanda dan gejala.
 - d) Faktor penyebab.
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
 - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah.
 - b) Masalah dirasakan keluarga/Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.
 - c) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
 - d) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan informasi yang salah.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit.
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.

- c) Sumber – sumber yang ada dalam keluarga.
- d) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - b) Pentingnya higiene sanitasi.
 - c) Upaya pencegahan penyakit.
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga
 - a) Keberadaan fasilitas kesehatan.
 - b) Keuntungan yang didapat.
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik.
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.6 Prioritas Masalah

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat masalah	1	Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0

Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak dirasakan adanya masalah = 0

Skoring :

- a. Tentukan skor untuk tiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan nilai bobot

SKOR	x NILAI BOBOT
ANGKA TERTINGGI	

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria, skor tertinggi 5 sama dengan seluruh bobot

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Effendy dalam Harmoko (2012), mendefinisikan: rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan, dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan.

Sedangkan Friedman (2013) menyatakan ada beberapa tingkat tujuan. Tingkat pertama meliputi tujuan-tujuan jangka pendek yang sifatnya dapat diukur, langsung dan spesifik. Sedangkan tingkat kedua adalah tujuan jangka panjang yang merupakan tingkatan terakhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang yang diharapkan oleh perawat maupun keluarga agar dapat tercapai.

Dalam menyusun kriteria evaluasi dan standar evaluasi, disesuaikan dengan

sumber daya yang mendasar dalam keluarga pada umumnya yaitu biaya, pengetahuan, dan sikap dari keluarga, sehingga dapat diangkat tiga respon yaitu respon verbal, kognitif, afektif atau perilaku, dan respon psikomotor untuk mengatasi masalahnya. Tujuan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah Hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang (Effendy dalam Harmoko, 2012).

Tujuan jangka pendek pada penderita Hipertensi antara lain : setelah diberikan informasi kepada keluarga mengenai Hipertensi keluarga mampu mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang menderita Hipertensi dengan respon verbal keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta perawatan Hipertensi.

Respon afektif, keluarga mampu menentukan cara penanganan atau perawatan bagi anggotanya yang menderita Hipertensi secara tepat. Sedangkan respon psikomotor, keluarga mampu memberikan perawatan secara tepat dan memodifikasi lingkungan yang sehat dan nyaman bagi penderita Hipertensi. Standar evaluasi yang digunakan adalah pengertian, tanda dan gejala, penyebab, perawatan, komplikasi dan pengobatan Hipertensi (Effendy dalam Harmoko, 2012).

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dalam perawatan Hipertensi adalah masalah dalam keluarga dapat teratasi atau dikurangi setelah dilakukan tindakan keperawatan. Tahap intervensi diawali dengan menyelesaikan perencanaan perawatan. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan keluarga Hipertensi dengan acuan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, Standart Luaran Keperawatan Indonesia dan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia:

	5	Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat					<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
		1	2	3	4	5	
	6	Perilaku					
		1	2	3	4	5	

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)	Manajemen kesehatan keluarga					Dukungan Keluarga	
	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat						Observasi:
Pengertian : Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi	Kriteria Hasil:					<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 	
		Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat		Meningkat
	1	Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami					
		1	2	3	4		5
	2	Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat					Terapeutik:

kesehatan anggota keluarga		1	2	3	4	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan 4. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 2. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia 3. Kolaborasi 4. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
	3	Partisipasi dalam program kesehatan komunitas					
		1	2	3	4	5	
		menurun	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	menurun	
	4	Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan					
		1	2	3	4	5	
	<p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga. 2) Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko. 3) Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan. 4) Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan. 5) Kurang perhatian pada penyakit. 						

Gangguan Komunikasi Verbal D.0119 Pengertian :	Komunikasi Verbal					Promosi Komunikasi: Devisit Bicara (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 1. Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, , gambar dan huruf, isyarat tangan)
	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan komunikasi verbal meningkat					
	Kriteria Hasil:					
Penurunan,perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima,memproses,mengirim,dan/atau menggunakan system simbol		Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	
	1	afasia				
		1	2	3	4	5
	2	disfasia				
		1	2	3	4	5
	3	apraksia				
		1	2	3	4	5
	4	pelo				
		1	2	3	4	5

		<ol style="list-style-type: none">2. Sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (bicaralah dengan perlahan, gunakan Komunikasi tertulis3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan4. Ulangi apa yang disampaikan pasien5. Berikan dukungan psikologis6. Gunakan juru bicara, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan berbicara perlahan2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
--	--	---

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013).

Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan keluarga dengan Hipertensi menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya dan dana keluarga, tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga.

Sumberdaya dan dana keluarga yang memadai diharapkan dapat menunjang proses penyembuhan dan penatalaksanaan penyakit Hipertensi menjadi lebih baik. Sedangkan tingkat pendidikan keluarga juga mempengaruhi keluarga dalam mengenal masalah Hipertensi dan dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat terhadap anggota keluarga yang terkena Hipertensi.

Adat istiadat dan kebudayaan yang berlaku dalam keluarga akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga tentang pola pengobatan dan penatalaksanaan penderita Hipertensi, seperti pada suku pedalaman lebih cenderung menggunakan dukun daripada pelayanan kesehatan.

Demikian juga respon dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit Hipertensi akan mempengaruhi keluarga dalam merawat anggota yang sakit Hipertensi. Sarana dan prasarana baik dalam keluarga atau masyarakat merupakan faktor yang penting dalam perawatan dan pengobatan Hipertensi. Sarana dalam keluarga dapat berupa kemampuan keluarga menyediakan makanan yang sesuai dan menjaga diet atau kemampuan keluarga, mengatur pola makan rendah garam, menciptakan suasana yang tenang dan tidak memancing kemarahan. Sarana dari

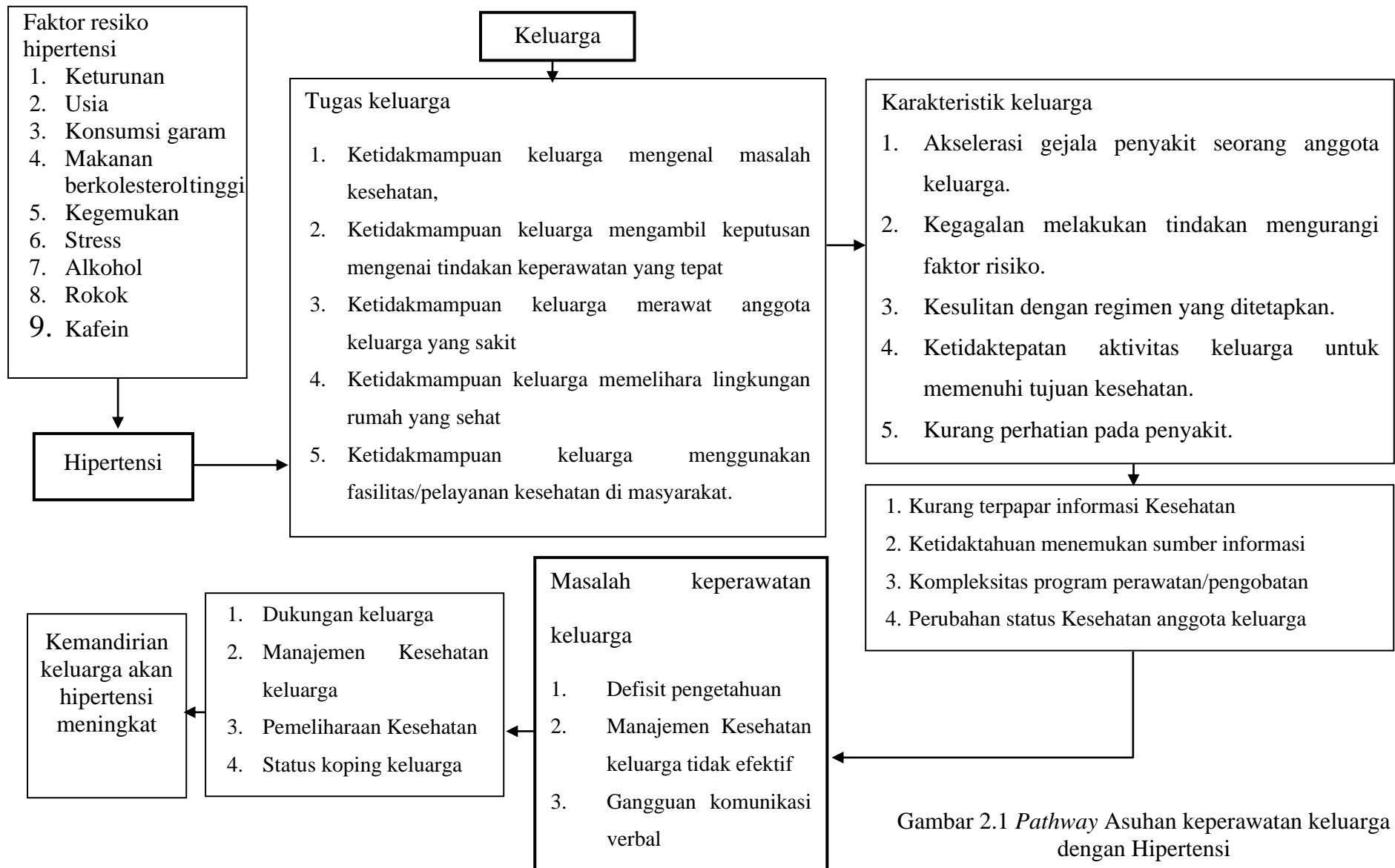
lingkungan adalah, terjangkaunya sumber-sumber makanan sehat, tempat latihan, juga fasilitas kesehatan (Effendy dalam Harmoko, 2012).

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan (Friedman, 2013).

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Suprajitno, 2016) yaitu dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan objektif, "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan. Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 *Pathway* Asuhan keperawatan keluarga dengan Hipertensi

BAB 3

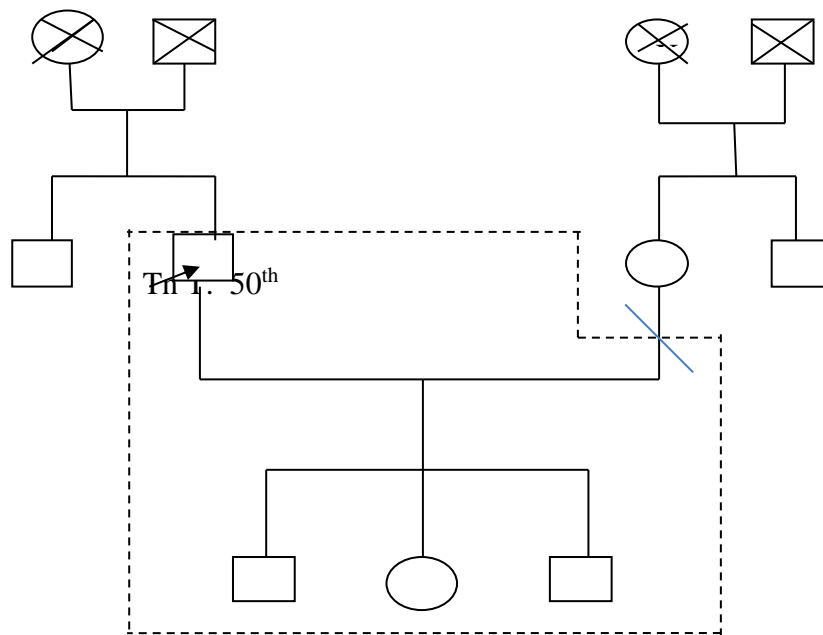
TINJAUAN KASUS

Data gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan diagnosa Hipertensi penulis menyajikan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi mulai tanggal 05 Oktober 2020 sampai 07 Oktober 2020. Data diperoleh dari anamnesa, pemeriksaan fisik, dan observasi langsung sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Demografi

Pengkajian di ambil tanggal Senin, 05 Oktober 2020 di sebuah keluarga bertempat tinggal di Kelurahan Bendulmerisi surabaya. Tn. T berusia 44 tahun, beragama Islam, bekerja sebagai satpam di perusahaan swasta, pendidikan terakhir dari Tn. T adalah Sekolah Menengah Atas (SMA), sudah menikah namun bercerai dengan istrinya, memiliki 3 anak yang saat ini ketiga anaknya tinggal bersama Tn.T. Anak pertama perempuan Sdr. TM berusia 18 tahun (kelas 3 SMA), Anak kedua laki-laki sdr. ZA berusia 16 tahun (kelas 1 SMA) dan anak ketiga laki-laki sdr.ZJ berusia 9 tahun (kelas 3 SD). Status sosial ekonomi dalam keluarga ini tergolong berkecukupan dengan penghasilan ± 3-4 juta/ bulan. Dalam hal aktivitas rekreasi keluarga, Tn.T mengatakan tidak ada aktivitas rekreasi dalam keluarga, yang dilakukan Tn.T sebagai hiburan adalah berkumpul dengan anggota keluarganya dan menonton TV.



Gambar. Genogram keluarga Tn. T

3.1.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

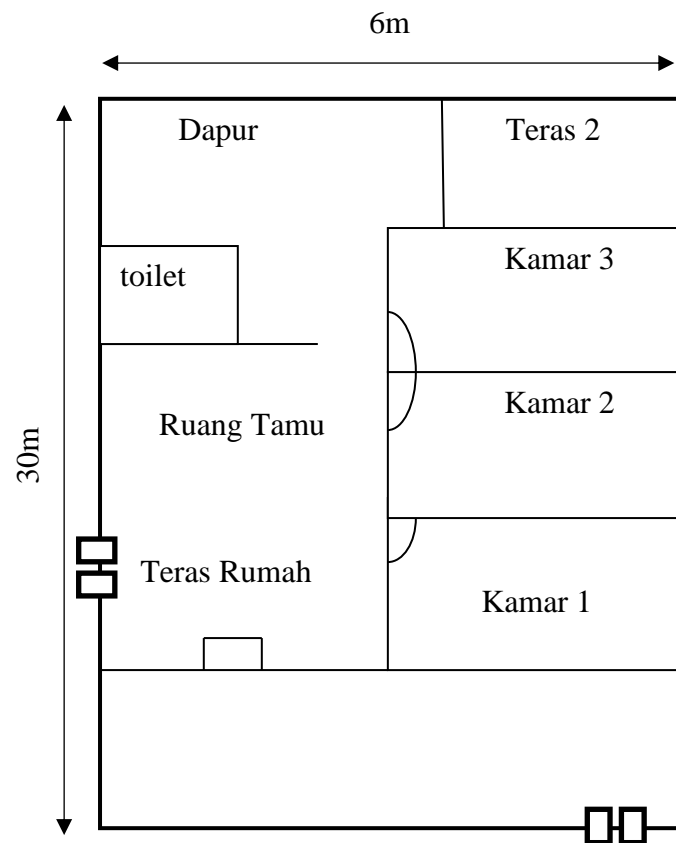
Dari pengkajian diperoleh data tipe keluarga Tn. T merupakan tipe keluarga *Single Parent* atau keluarga dengan Orang Tua tunggal yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah. Keluarga Tn. T merupakan suku Jawa tidak ada kebiasaan keluarga yang dipengaruhi oleh suku yang dapat mempengaruhi kesehatannya. Tahap perkembangan keluarga Tn.T saat ini adalah keluarga dengan anak remaja . Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yakni melakukan panataan kembali hubungan perkawinan dan menyiapkan proses penuaan termasuk masalah-masalah kesehatan, melakukan komunikasi terbuka diantara orangtua dan anak remaja.

Tn.T memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan Riwayat mengalami stroke dalam 2 bulan terakhir. Riwayat Kesehatan keluarga sebelumnya orangtua dari Tn. T mengalami hipertensi dan diabetes.

3.1.3 Data Lingkungan

Karakteristik rumah yang ditempati keluarga Tn. T rumah sendiri, Permanen, Lantai Keramik, luas rumah kurang lebih 6x30 meter², mempunyai 2 jendela pada depan dan samping 2 jendela, individu yang tinggal 4 orang. Rumah memiliki 1 Ruang Tamu, 1 Ruang santai keluarga, 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, dapur, dan teras. Pencahayaan cukup, Ventilasi baik. lantai keramik dalam keadaan bersih, dan barang tertata rapi. Saluran buang limbah baik karena air cucian digunakan untuk menyiram halaman dan tanaman yang ada disekitar rumah. Tn.T menggunakan sumber air bersih yang berasal dari PAM. Jamban yang digunakan keluarga adalah leher angsa. Tempat pembuangan sampah keluarga Tn.T memiliki bak penampung sampah.

Karakteristik tetangga samping kanan kiri Tn.T terbuka dan ramah. Klien tinggal di pemukiman padat penduduk dengan jarak rumah dengan rumah yang lainnya hampir tidak ada. Anak-anak Tn.T adalah sistem pendukung yang sangat berarti bagi Tn.T.



Gambar 3.2. Denah rumah keluarga Tn. T

3.1.4 Struktur Keluarga

Struktur peran Formal Keluarga Tn. T sebagai kepala keluarga, sebagai ayah sekaligus untuk anak-anaknya karena telah bercerai, Sdr. TM sebagai anak, sdr. ZA sebagai anak dan sdr.Z juga sebagai anak. Pola komunikasi keluarga Tn. T kurang, anak Tn.T yang pertama dan anak nomer 2 beranjak dewasa dan kurang komunikasi, anak terakhir juga kurang komunikasi dikarenakan Tn.T bekerja jadi jarang ada waktu untuk anak-anaknya. Struktur kekuatan keluarga Tn. T adalah anak-anaknya. System pengambilan keputusan dalam keluarga adalah Tn.T dengan berdiskusi Bersama anak-anaknya terlebih dahulu dalam mengambil keputusan, Fungsi ekonomi keluarga Tn. T masih mampu memenuhi kebutuhan ekonomi sebagai kewajiban. Tn.T mengatakan gajinya tidak seberapa akan tetapi masih cukup untuk kebutuhan sehari-hari.

3.1.5 Fungsi Keluarga

Keluarga Tn. T saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga ke-5 atau tahap keluarga dengan anak remaja, ada tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjaga keharmonisan keluarga antar anggota keluarga yakni dengan bercerainya Tn T dengan istrinya. Tn.T yang sekarang bertugas menjadi kepala keluarga.

Tetangga disekitar rumah ramah, peduli kepada keluarga Tn. T dengan seringnya berkunjung untuk tegur sapa dan nongkrong ngopi. Keluarga sudah tinggal dirumah tersebut sudah 20 tahun belum pernah berpindah rumah. Interaksi dengan masyarakat jarang karna keluarga juga tetangganya memiliki kesibukan masing-masing khususnya di siang hari karena kesibukan menjadi satpam. Dukungan keluarga berasal dari saudaranya setiap 1 sampai 2 minggu sekali sering berkunjung. Peran Tn. T selain menjadi kepala keluarga juga menjadi tulang punggung pada keluarga ini dan mengurus rumah, dibantu dengan ketiga anaknya berbagi peran di sela waktu selesai sekolah membantu membersihkan rumah. Pengambilan keputusan di ambil oleh kepala keluarga -Tn.T akan kemampuan mempengaruhi dan mengendalikan anggota keluarganya. Keluarga sudah mendapatkan status sosial di masyarakat, sebagai anggota RW 4 bendul merisi 1 selatan, mampu memberikan pendidikan formal dan informal kepada anggota keluarga atau anak-anaknya, namun Keterlibatan keluarga di masyarakat jarang karena kesibukan kerja.

Fungsi pemenuhan (perawatan / pemeliharaan) Kesehatan keluarga belum mampu mengenal masalah Kesehatan Tn.T yang jarang kontrol Kesehatan karena mempunyai Riwayat hipertensi, belum tepat mengambil keputusan mengenai

tindakan Kesehatan, keluarga tidak sepenuhnya memberikan dukungan kepada Tn. T karena anak-anaknya masih sekolah dan bingung untuk merawat anggota keluarga yang sakit, belum memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada secara rutin melainkan memilih untuk berobat ke pengobatan herbal, namun mampu memodifikasi lingkungan yang sehat seperti keadaan rumah yang bersih dan ventilasi yang baik. Keluarga menjalankan ibadahnya yaitu sholat 5 waktu, sudah lama tidak berekreasi Bersama, Fungsi reproduksi pada suami kurang terpenuhi karna suami istri sudah bercerai, anak sudah mengetahui tentang kesehatan reproduksi. Fungsi reproduksi pada anaknya sudah mengetahui tentang kesehatan reproduksi. Fungsi afeksi anggota keluarga ada rasa saling menyayangi satu sama lain.

3.1.6 Stress dan Koping Keluarga

Stressor dalam keluarga yaitu permasalahan perceraian, dan penyakit yang di derita kepala keluarga, Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor masih denial akan stressor yang terjadi, Strategi koping yang digunakan Beribadah dan berdoa. Strategi koping yang digunakan Keluarga Tn. T adalah jika ada masalah Tn.T sebisa mungkin menyelesaikannya sendiri. Strategi adaptasi disfungsional keluarga mengatakan bahwa jika terdapat masalah sering diselesaikan sendiri dan mencoba acuh dengan masalah yang ada.

3.1.7 Pemeriksaan Fisik Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

1. Kepala keluarga/Tn.T

- a. Keadaan umum : kesadaran Compos mentis (sadar dan berespon dengan baik), Tekanan Darah 160/100mmHg, Respirasi rate 20x/m, Nadi 80x/m, Suhu 37°C,

- b. kepala : bentuk bulat, rambut sedikit beruban, distribusi peneyabaran rambut merata, tidak ada lesi atau benjolan.
- c. Mata dan wajah : Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat, tampak sedikit keriput dan sedikit pelo (bibir mencong kanan) pasca stroke, Mata tampak bersih tidak kuning dan simetris, konjungtiva tidak ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis (mengecil saat dapat rangsang cahaya).
- d. Hidung : Hidung tampak bersih, tidak ada sekret, posisi septum medial.
- e. Mulut : Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi tampak berlubang sebagian, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah. Pasien terlihat sulit bicara, Bicara masih belum jelas
- f. Telinga : Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, Tn. D mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
- g. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- h. Dada : Bentuk dada simetris, tidak ada lesi, suara paru vesikuler.
- i. Abdomen : Bentuk abdomen datar , tekstur kulit baik, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
- j. Ekstremitas : Ekstrimitas atas dan bawah simetris, oedema dan varises tidak ada, akral teraba hangat, kuku pendek dan bersih

k. Genitalia dan rectum : Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan dan enggan.

2. Anak pertama (An. T)

- a. Keadaan umum : terlihat sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Composmentis, Tekanan Darah 120/80mmHg Respirasi rate 20x/m, Nadi 78x/m, Suhu 37°C, bentuk kepala bulat, distribusi rambut merata, tidak ada lesi
- b. Kepala : Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
- c. Mata dan wajah : Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
- d. Hidung : Hidung tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.
- e. Mulut : Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
- f. Telinga : Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, An. T mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
- g. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- h. Dada : Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.

- i. Abdomen: Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
 - j. Ekstremitas : Tidak ada edema, turgor kulit <3detik, akral hangat.
 - k. Genetalia dan anus: Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan
3. Anak Kedua (An. ZA)
- a. Keadaan umum : terlihat sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Compos mentis, Tekanan Darah 120/80mmHg Respirasi rate 20x/m, Nadi 80x/m, Suhu 37°C.
 - b. Kepala : Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
 - c. Mata dan wajah : Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit kuning langsung. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
 - d. Hidung : tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.
 - e. Mulut : tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
 - f. Telinga : Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, An. ZA mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
 - g. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

- h. Dada : Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.
 - i. Abdomen : Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
 - j. Ekstremitas : Tidak ada edema, turgor kulit <3 detik, akral hangat.
 - k. Genitalia dan anus: Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan
4. Anak ketiga (An. Z)
- a. Keadaan umum : terlihat sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Composmentis,
 - b. Kepala : Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
 - c. Mata dan wajah: Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
 - d. Hidung : tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada sekret.
 - e. Mulut : tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
 - f. Telinga : Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, An. Z mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat

- g. Leher : Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- h. Dada : Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.
- i. Abdomen : Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, bising usus 10x/menit, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
- j. Ekstremitas : Tidak ada edema, turgor kulit <3detik, akral hangat.
- k. Genetalia dan anus : Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan

2.1.8 Harapan Keluarga

Harapan Keluarga bisa segera pulih dari penyakitnya terutama pada tn. T yang sedang mengalami hipertensi sehingga mampu berperan sebagai kepala keluarga yang optimal, dan anaknya menjadi sukses. Harapan oleh anaknya terutama anak pertama bisa membantu ayahnya (Tn. T) dan kedua adiknya yang masih sekolah.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Analisa Data Keperawatan

Table 3.1 Analisa data masalah pada keluarga Tn. T

No	Data	Masalah	Penyebab
1	Subyektif : keluarga tidak tau penyebab dan penatalaksanaan hipertensi, dan pasca stroke. Keluarga tidak mengerti	Defisit pengetahuan SDKI D0111	Keluarga belum mampu mengenal masalah (Kurang terpapar informasi)

	<p>makanan yang harus dihindari sesuai penyakitnya</p> <p>Obyektif : tidak meminum obat dari dokter dan tidak memilih menu makanan yang seharusnya dianjurkan.</p>	<p>Kategori Perilaku Subkategori Penyuluhan dan Pembelajaran</p>	
2	<p>Subyektif : Keluarga mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita</p> <p>Obyektif : Keluarga tidak tepat menangani masalah kesehatan</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif SDKI D0115 Kategori Perilaku Subkategori Penyuluhan & Pembelajaran</p>	<p>Ketidak mampuan keluarga mengambil keputusan (Kompleksitas program pengobatan/pelayanan)</p>
3	<p>Subyektif : Tn.T mengatakan bahwa dirinya merokok hingga saat ini dan keluarga juga tidak pernah melarang Tn.T untuk merokok.</p>	<p>Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko SDKI</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (Stroke)</p>

	Obyektif: Saat kunjungan terlihat merokok Tidak mampu menjawab beberapa pertanyaan bahaya merokok	D0111 Kategori Perilaku Subkategori Penyuluhan dan Pembelajaran	
--	---	---	--

Daftar Diagnosis Keperawatan yang muncul

Table 3.2 Daftar Diagnosis Keperawatan yang muncul

No	Diagnosa Keperawatan (PES)
1	Defisit Pengetahuan bd Keluarga Belum mampu mengenal masalah (kurang terpapar informasi)
2	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif bd Keluarga belum mampu Mengambil keputusan (kompleksitas perawatan/penngobatan)
3	Perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga (kurang terpapar informasi)

I. Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan

Table 3.3 penilaian diagnose keperawatan keluarga deficit pengetahuan

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah - Tdk/Kurang Sehat			3/3x1 =1	Tn. T mengungkapkan

	<ul style="list-style-type: none"> - Ancaman Kes - Keadaan Sejahtera 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>	1		<p>menderita hipertensi ± 4 bulan lalu, tidak pernah minum obat, tidak mengetahui makanan yang tidak boleh dimakan oleh penderita hipertensi, tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi suka mengonsumsi makanan yang berlemak dan asin.</p>
2	<p>Kemungkinan Msl Dpt Diubah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudah 	2	2	2/2x2 =2	<p>Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Sebagian - Tdk Dapat 	<p>1</p> <p>0</p>		<p>kesehatan BPJS dan fasilitas Yankes dekat dengan rumah.</p> <p>Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit.</p> <p>Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan kunjungan rumah dan implementasi.</p>
--	---	-------------------	--	---

3	Potensial Msl Utk Dicegah -Tinggi -Cukup -Rendah	3 2 1	1	2/3x1 =0.6	Masalah sudah dirasakan oleh Tn. T
4	Menonjolnya Masalah -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan	2 1 0	1	2/2x1 =1	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
Total skor				4.6	

Table 3.4 Diagnosa Keperawatan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah - Tdk/Kurang Sehat - Ancaman Kes - Keadaan Sejahtera	3 2 1	1	3/3x1 =1	Keluarga Tn. T mengungkapkan, Tn R menderita hipertensi ± 4 bulan lalu, tidak

					<p>pernah minum obat, keluarga tidak mengetahui makanan yang tidak boleh dimakan oleh penderita hipertensi, tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi, Keluarga merasa bingung untuk perawatan keluarga dengan penyakit hipertensi</p>
2	<p>Kemungkinan Msl Dpt Diubah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudah - Sebagian - Tdk Dapat 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	2	<p>1/2x2</p> <p>=1</p>	<p>- Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan kesehatan</p>

						<p>BPJS dan fasilitas</p> <p>Yankes dekat dengan rumah.</p> <p>- Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit.</p> <p>Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan kunjungan rumah dan implementasi.</p>
3	Potensial Msl Utk Dicegah		3		2/3x1 =0.6	Masalah sudah terjadi namun bisa

	-Tinggi -Cukup -Rendah	2 1	1		dicegah untuk dampak yang lebih parah dengan penyuluhan
4	Menonjolnya Masalah -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan	2 1 0	1	2/2x1 =1	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
Total skor				3.6	

Table 3.5 Diagnosa Keperawatan Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah - Tdk/Kurang Sehat - Ancaman Kes	3 2 1	1	3/3x1 =1	Tn R menderita hipertensi ± 4 bulan lalu, Tn R merasa sulit bicara karna stroke yang

	- Keadaan Sejahtera				dideitanya 3 bulan lalu.
2	Kemungkinan Msl Dpt Diubah			1/2x2 =1	- Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan kesehatan BPJS dan fasilitas Yankes dekat dengan rumah.
	- Mudah	2	2		
	- Sebagian	1			
	- Tdk Dapat	0			
					- Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit. Perawat memiliki pengetahuan dan

					keterampilan yang memadai dalam melakukan kunjungan rumah dan implementasi
3	Potensial Msl Utk Dicegah -Tinggi -Cukup -Rendah	3 2 1	1	$1/3 \times 1 = 0.3$	Masalah sudah terjadi kepada Tn R
4	Menonjolnya Masalah -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan	2 1 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
	skore			3.2	

3.3 Prioritas Diagnosis Keperawatan

Table 3.6 Daftar Prioritas Diagnosis Keperawatan Keluarga Tn. T

Prioritas	Diagnosis keperawatan	Skor
1	Defisit Pengetahuan bd kurang terpapar informasi	4.6
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif kompleksitas perawatan/pengobatan	3.6
3	Gangguan Komunikasi Verbal bd Stroke	3.2

3.4 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

Table 3.7 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga pada keluarga Tn.T

Dx. Kep	Tujuan/kriteria	Intervensi	Rasional
1	Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluarga mampu mengenal masalah a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. c. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1. Edukasi Kesehatan	1. Keluarga / klien mengenali penyakitnya. 2. Keluarga/klien dapat mengetahui fakta yang mempengaruhi kesehatannya 3. Keluarga / klien dapat mengetahui

	<p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun.</p>		<p>menu makanan yang tepat</p> <p>4. Mengetahui aktivitas yang menunjang kesehatan</p> <p>5. Dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal</p>
2	<p>Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>a. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</p> <p>2. Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>a. Kemampuan menjelaskan masalah</p>	<p>1. Dukungan keluarga merencanakan keperawatan</p> <p>2. Pendampingan keluarga</p> <p>3. Edukasi penyakit</p>	<p>1. Keluarga/ klien paham akan rencana perawatan keluarga yang sakit</p> <p>2. Keluarga/klien dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk control rutin.</p>

	<p>kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>3. Keluarga mampu merawat Anggota Keluarga yang sakit</p> <p>a. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</p> <p>b. Gejala penyakit anggota keluarga menurun</p>		<p>3. Keluarga mengerti cara perawatan keluarga yang sakit dirumah</p>
3.	<p>Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluarga Mampu merawat anggota Keluarga yang sakit</p> <p>2. Kemampuan melakukan Tindakan pencegahan masalah kesehatan meningkat</p> <p>3. Kemampuan peningkatan Kesehatan meningkat</p> <p>4. Pencapaian pengendalian kesehatan meningkat</p>	<p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>2. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan</p> <p>3. Sediakan materi dan media</p>	<p>1. Mengidentifikasi kemampuan pemahaman edukasi</p> <p>2. Sumber referensi yang dapat dipercaya guna membina kepercayaan klien</p> <p>3. Sarana untuk mempermudah pemahan klien</p>

		pendidikan Kesehatan 4. Identifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini	4. Mengidentifikasi tingkat kemampuan klien menerima informasi
--	--	--	--

3.5 Implementasi Keperawatan

Table 3.8 Implementasi Keperawatan Pada Keluarga Tn.T

No. tanggal & waktu	Diagnosis keperawatan	Implementasi	Paraf
Senin 05/10/20 18.30	Defisit Pengetahuan	1. Membantu keluarga dan klien mengenali penyakitnya (menjelaskan seputar hipertensi, dan stroke)	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor keturunan) 3. Menjelaskan menu makanan yang tepat sesuai dengan penyakitnya (rendah garam) 4. Menjelaskan aktivitas yang menunjang Kesehatan (jalan pagi) 5. Menjelaskan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk kontrol rutin (kontrol Kesehatan) 	
<p>Senin 05/10/20 18.30</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi pengembangan sikap, emosi yang mendukung upaya kesehatan (teknik relaksasi, pengalihan stress) 2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (menganjurkan control rutin ke Puskesmas Terdekat/RS) 3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa 	

		<p>dilakukan keluarga dirumah (mengontrol aktivitas anggota keluarga yang sakit, mengontrol pola makan dan menu makanan, mengajarkan senam wajah untuk latihan otot wajah)</p>	
<p>Senin 05/10/20 18.30</p>	<p>Perilaku cenderung beresiko</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. (kelurga sudah berkumpul pada petang hari) 2. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (perawatan hipertensi dan terapi rendam kaki air hangat) 3. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (leaflet) 4. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini (keluarga antusias dengan penjelasan) 	

<p>06-10-20 Selasa 18.30</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan apakah sudah memberikan menu makanan yang tepat sesuai dengan penyakit anggota keluarga yang sakit. 2. Menanyakan apakah sudah melakukan aktivitas yang menunjang Kesehatan (kontrol Kesehatan) 	
<p>06-10-20 Selasa 18.30</p>	<p>Managemen keluarga tidak efektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi pengembangan sikap, emosi yang mendukung upaya kesehatan (teknik relaksasi, pengalihan stress) 2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (menganjurkan control rutin ke Puskesmas Terdekat/RS) 3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga dirumah (mengontrol aktivitas anggota keluarga yang sakit, mengontrol pola makan dan 	

		menu makanan, mengajarkan senam wajah untuk latihan otot wajah)	
06-10-20 Selasa 18.30	Perilaku cenderung beresiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. (keluarga sudah berkumpul pada petang hari) 2. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (perawatan hipertensi dan terapi rendam kaki air hangat) 3. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (leaflet) 4. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini (keluarga antusias dengan penjelasan) 	
07-10-20 Rabu 18.30		1. Membantu keluarga dan klien mengenali penyakitnya (menjelaskan seputar hipertensi, dan stroke)	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (faktor keturunan) 3. Menjelaskan menu makanan yang tepat sesuai dengan penyakitnya (rendah garam) 4. Menjelaskan aktivitas yang menunjang Kesehatan (jalan pagi) 5. Menjelaskan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk kontrol rutin (kontrol Kesehatan) 	
07-10-20 Rabu 18.30		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memotivasi pengembangan sikap, emosi yang mendukung upaya kesehatan (teknik relaksasi, pengalihan stress) 2. Menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (menganjurkan control rutin ke Puskesmas Terdekat/RS) 3. Menganjurkan cara perawatan yang bisa 	

		<p>dilakukan keluarga dirumah (mengontrol aktivitas anggota keluarga yang sakit, mengontrol pola makan dan menu makanan, mengajarkan senam wajah untuk latihan otot wajah)</p>	
<p>07-10-20 Rabu 18.30</p>	<p>Perilaku cenderung beresiko</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. (kelurga sudah berkumpul pada petang hari) 2. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (perawatan hipertensi dan terapi rendam kaki air hangat) 3. menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan (leaflet) 4. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini (keluarga antusias dengan penjelasan) 	

3.6 Evaluasi Keperawatan

Table 3.9 Evaluasi Keperawatan Pada Keluarga Tn.T

Prioritas	No Dx keperawatan	Evaluasi
<p>Senin 05/10/2020 20.30 Deficit pengetahuan</p>	1	<p>S : keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, factor penyebab atau factor resiko, serta penatalaksanaannya. Keluarga mengatakan sudah mengetahui aktivitas yang menunjang kesehatan. Keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal O : keluarga mampu mengenal masalah yaitu bisa menjelaskan kembali seputar penyakit ayahnya, factor penyebab, serta penatalaksanaan penyakitnya Td : 160/100mmHg A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian P : intervensi 1,2 dilanjutkan</p>
<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p>	2	<p>S : keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan anggota keluarga yang sakit Keluarga paham akan rencana perawatan keluarga yang sakit dirumah</p>

		<p>Keluarga mengatakan akan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk control rutin.</p> <p>O : keluarga mampu mengambil keputusan dengan merencanakan pengobatan menggunakan pelayanan kesehatan terdekat dan menjelaskan kembali cara perawatan anggota keluarga yang sakit dirumah.</p> <p>Keluarga mampu mendukung keluarga yang sakit agar cepat pulih</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1 Dilanjutkan</p>
<p>Perilaku Kesehatan cenderung beresiko</p>	<p>3</p>	<p>S: keluarga yang sakit (tn.T) mengatakan mengetahui beberapa tentang penyakitnya, faktor resikonya merokok dan ngopi namun susah menghentikan.</p> <p>O: Keluarga mampu mengenal masalah yaitu bisa menjelaskan kembali seputar penyakit ayahnya (subyektif: Hipertensi dan pernah stroke), factor penyebab (kebiasaan merokok), Keluarga mampu menerima beberapa informasi dengan baik.</p>

		<p>A: Masalah pada keluarga Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1. bantu pasien mengenali penyakitnya, 2. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan,</p>
--	--	--

Hari kedua

Prioritas	No Dx keperawatan	Evaluasi
<p>Selasa 06/10/2020 Deficit pengetahuan</p>	1	<p>S : keluarga mengatakan sudah melakukan perawatan dan aktivitas yang menunjang kesehatan keluarga yang sakit.</p> <p>O : keluarga mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Td : 130/90</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan oleh keluarga dirumah</p>

<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p>	<p>2</p>	<p>S : keluarga mengatakan sudah menjalani perawatan anggota keluarga sesuai arahan</p> <p>O : keluarga terlihat mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Keluarga mendukung keluarga yang sakit agar cepat pulih</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan keluarga dirumah</p>
<p>Perilaku Kesehatan cenderung beresiko</p>	<p>3</p>	<p>S: keluarga yang sakit (tn.T) mengatakan mengetahui beberapa tentang penyakitnya, faktor resikonya merokok dan ngopi namun susah menghentikan.</p> <p>O: Keluarga mampu mengenal masalah yaitu bisa menjelaskan kembali seputar penyakit ayahnya (subyektif: Hipertensi dan pernah stroke), factor penyebab (kebiasaan merokok), Keluarga mampu menerima beberapa informasi dengan baik.</p>

		<p>A: Masalah pada keluarga Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1. bantu pasien mengenali penyakitnya, 2. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan,</p>
--	--	--

Hari ketiga

Prioritas	No Dx keperawatan	Evaluasi
<p>Rabu 07/10/2020 Deficit pengetahuan</p>	1	<p>S : keluarga mengatakan sudah melakukan perawatan dan aktivitas yang menunjang kesehatan keluarga yang sakit.</p> <p>O : keluarga mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Td : 130/90</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan oleh keluarga dirumah</p>

<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p>	<p>2</p>	<p>S : keluarga mengatakan sudah menjalani perawatan anggota keluarga sesuai arahan</p> <p>O : keluarga terlihat mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Keluarga mendukung keluarga yang sakit agar cepat pulih</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan keluarga dirumah</p>
<p>Perilaku Kesehatan cenderung beresiko</p>	<p>3</p>	<p>S: keluarga yang sakit (tn.T) mengatakan mengetahui beberapa tentang penyakitnya, faktor resikonya merokok dan ngopi namun susah menghentikan.</p> <p>O: Keluarga mampu mengenal masalah yaitu bisa menjelaskan kembali seputar penyakit ayahnya (subyektif: Hipertensi dan pernah stroke), factor penyebab (kebiasaan merokok), Keluarga mampu menerima beberapa informasi dengan baik.</p>

		<p>A: Masalah pada keluarga Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1. Bantu pasien mengenali penyakitnya, 2. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan,</p>
--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan keluarga Tn.T dengan diagnosis medis hipertensi di Bendul Merisi I Selatan Nomor 30 Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 05 Oktober 2020 sampai 07 Oktober 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn.T dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Data Umum (Identitas)

Data yang di dapatkan, pasien bernama Tn. T berjenis kelamin laki-laki berusia 44 tahun. Kasus hipertensi pada pria lebih mudah ditemukan, karena adanya masalah pekerjaan yang dilampiaskan dengan perilaku merokok dan meminum alkohol yang diiringi dengan makanan yang tidak sehat. Dampak yang ditimbulkan adalah tekanan darah pun menjadi tinggi, karena pada pria lebih banyak melakukan aktivitas lebih banyak sehingga kelelahan diiringi pola makan dan hidup tidak sehat menjadi faktor dari hipertensi (Andria, 2013). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Louisa, Sulistiyani, & Joko (2018) menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada laki-laki lebih banyak lebih besar jika dibandingkan dengan

perempuan yaitu sebesar 60%. Hal ini disebabkan karena angka istirahat jantung dan indeks kardiak pada pria lebih rendah dan tekanan periphernalnya lebih tinggi jika dibandingkan dengan perempuan (Louisa, Sulistiyani, & Joko 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Prasetyaningrum (2014) juga mengatakan laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan perempuan saat usia < 45 tahun. Tetapi saat usia >65 tahun, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibanding laki-laki setelah wanita memasuki masa menopause, prevalensi pada wanita akan semakin meningkat dikarenakan faktor hormonal. Hal ini sesuai dengan data yang ditemukan penulis bahwa keluarga. Tn.T selama ini tidak pernah memperhatikan pola hidup sehat, asupan makanan yang dikonsumsi. Menurut (Sylvanus and Raya, 2014) upaya pencegahan tingkat awal atau preventif primer dapat dilakukan dengan intervensi pada gaya hidup yang tidak sehat termasuk pola makan selain itu dukungan keluarga sangat berperan dalam penyembuhan selama perawatan dirumah sakit maupun dirumah. Faktor penyebab Hipertensi yang dapat dirubah diantaranya faktor perilaku misalnya perilaku merokok dan gemar minum alkohol, stress serta penyebab lain (Nastiti, 2012) Data yang didapatkan pada pemeriksaan tekanan darah klien yaitu 160/100 mmHg

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Data yang didapatkan bahwa ayah dari Tn. T memiliki riwayat hipertensi dan DM. Hasil penelitian menurut Sri Tanti (2019), didapatkan juga data bahwa hipertensi dengan riwayat keluarga (genetik) lebih besar angka kejadiannya dibandingkan yang tidak yakni dengan prevalensi 57,4%. Adanya faktor riwayat keluarga pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Individu dengan orang tua hipertensi mempunyai risiko dua

kali lebih besar untuk menderita hipertensi daripada individu yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Pengetahuan keluarga untuk membina anggota sakit perlu dit

3. Fungsi keluarga

Peran keluarga dalam merawat klien stroke lanjutan adalah pemeliharaan kesehatan yaitu mempertahankan keadaan kesehatan klien stroke lanjutan agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Keluarga mempunyai peran kesehatan dalam merawat klien stroke lanjutan antara lain: Pertama, mengenal masalah Kesehatan keluarga. Kedua, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Ketiga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keempat, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Kelima, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar keluarga. Kelima hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga berperan penting dalam proses penyembuhan kembali pada klien (Afriyani, 2011). Data yang didapatkan bahwa keluarga tidak sepenuhnya memberikan dukungan kepada Tn. T karena Tn.T sibuk bekerja membantu ekonomi keluarga dan anak-anaknya masih sekolah. Data berikut berlawanan dengan penelitian oleh Larasati dan Efendi (2017) bahwa dukungan keluarga dalam managemen penyakit hipertensi sangat berpengaruh terhadap perbaikan kondisi keluarga yang sakit. Keluarga sangat berperan dalam menurunkan atau menaikkan progresivitas penyakit hipertensi. Dukungan keluarga sendiri memiliki dasar sebagai menghambat progresivitas penyakit hipertensi, dikarenakan dukungan keluarga memiliki hubungan yang erat dengan kepatuhan minum obat dan kontrol rutin sehingga dukungan keluarga diharapkan dapat ditingkatkan untuk menunjang keberhasilan terapi hipertensi. Terlihat dari data dan hasil penelitian sangat

berlawanan, menurut penulis pada kenyataannya tidak semua keluarga dapat merawat keluarganya yang sakit. Perlu adanya dukungan pengetahuan tentang manajemen kesehatan keluarga yang baik dan benar untuk menunjang perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit. Keyakinan yang diterima keluarga adalah hal yang penting bagi pasien untuk menumbuhkan kepatuhan pasien menjalani pola hidup sehat. Faktor yang mempengaruhi kondisi klien karena ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit secara optimal

4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga Tn. T menurut SDKI adalah sebagai berikut:

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Keluarga belum mampu mengenal masalah (Kurang terpapar informasi)

Data yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Tn. T mengatakan Tn. T dan keluarga tidak tau penyebab dan penatalaksanaan hipertensi. Keluarga tidak mengerti makanan yang harus dihindari sesuai penyakitnya. tidak meminum obat dari dokter dan tidak memilih menu makanan yang seharusnya dianjurkan SDKI (2018) menjelaskan, defisit pengetahuan merupakan ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. responden dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang hipertensi umumnya tekanan darahnya terkendali, sedangkan responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tidak baik mengenai hipertensi umumnya tekanan darahnya tidak terkendali. Karena pengetahuan dan kesadaran pasien hipertensi tentang penyakitnya merupakan faktor penting dalam mencapai kontrol tekanan darah dan pengetahuan individu mengenai hipertensi membantu dalam pengendalian hipertensi. Sebab dengan

pengetahuan ini individu akan patuh pada pengobatan yang dijalannya dan berusaha mencegah hipertensi dengan cara mengubah pola makan, olahraga rutin, jaga berat badan ideal, menjauhi minum alkohol, kelola stres dengan baik dan cek tekanan darah secara berkala. Sesuai dengan pendapat Maryono bahwa pengetahuan yang baik akan mampu merubah gaya hidup dengan cara berhenti merokok sedini mungkin, berolahraga secara teratur, perbaiki diet, hindari stres serta hindari pola hidup tidak sehat Hal ini sesuai dengan pendapat Dirhan bahwa tingkat kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh tingkat pengetahuan dari orang tersebut, sehingga semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka tingkat kesehatan orang tersebut juga akan semakin baik (Dirhan,2012). Peningkatan pengetahuan keluarga perlu lebih ditingkatkan terutama pemahaman untuk mengenali anggota keluarga yang sakit dan cara perawatan serta dukungan untuk mendapatkan perawatan fasilitas kesehatan yang memadai. Sumber pengetahuan bisa didapat selain dari bangku pendidikan juga bisa dari pengalaman dan orang lain. Maka dari itu perlunya peran dari tenaga kesehatan untuk memberikan Pendidikan Kesehatan ke keluarga.

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.

Data yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Tn. T mengatakan bahwa darah tinggi yang dialaminya tidak dirasakan sehingga tidak melakukan pemeriksaan rutin dan tidak meminum obat anti hipertensi. Selain itu, Keluarga mengatakan kurang mengetahui tentang cara merawat anggota

keluarga dengan penyakit hipertensi. SDKI (2018) menjelaskan manajemen kesehatan tidak efektif merupakan pola pengaturan dan pengintegrasian masalah kesehatan ke dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Hasil penelitian Koerniawan,dkk (2019) menyebutkan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan dan pengaruh yang tidak langsung terhadap perilaku kontrol rutin. Pengambilan diagnosis keperawatan ini juga perlu ditindak lanjuti, hal ini dikarenakan perlu adanya edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman keluarga dalam pentingnya mendukung keluarga yang sakit dalam menjalani pengobatan. Pemahaman pasien dan keluarga mengenai dampak yang dapat diberikan dari penyakit hipertensi jika tidak patuh dan disiplin dalam menjalani pengobatan yaitu komplikasi lain, hal ini disebabkan karena tidak adanya pengontrolan pada tekanan darah yang diambang batas normal dan kontrol kesehatan secara rutin dan berkala baik secara mandiri maupun ke pelayanan kesehatan. Sehingga, diperlukan tindak lanjut dalam penanganan untuk mengatasi masalah pada diagnosis ini. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit. Keluarga sangat berpengaruh terhadap perkembangan seorang individu, sehingga dapat menentukan keberhasilan atau kegagalan kehidupan seseorang dalam keluarga tersebut, termasuk dalam hal kesehatan. Keluarga memiliki peran vital dalam tumbuh kembang yang sehat, sehingga tercipta keluarga sehat

3. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Tn.T mengatakan bahwa dirinya merokok, dan Tn. T menjawab merokok salah satu factor pemicu hipertensinya. Sehingga muncul batasan karakteristik menurut NANDA (2015-2017) yang mengarah pada diagnose yaitu gagal melakukan tindakan mencegah masalah kesehatan, gagal mencapai pengendalian optimal, meminimalkan perubahan muncul diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan merokok ditegaskan oleh penulis Merokok dapat meningkatkan beban kerja jantung dan menaikkan tekanan darah. Menurut penelitian, diungkapkan bahwa merokok dapat meningkatkan tekanan darah. Nikotin yang terdapat dalam rokok sangat membahayakan kesehatan, karena nikotin dapat meningkatkan penggumpalan darah dalam pembuluh darah dan dapat menyebabkan pengapuran pada dinding pembuluh darah. Nikotin bersifat toksik terhadap jaringan saraf yang menyebabkan peningkatan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik, denyut jantung bertambah, kontraksi otot jantung seperti dipaksa, pemakaian O₂ bertambah, aliran darah pada coroner meningkat dan vasokonstriksi pada pembuluh darah perifer (Hadies, 2012). Hal tersebut sejalan dengan penelitian lain bahwa Merokok dapat menyebabkan hipertensi akibat zat-zat kimia yang terkandung di dalam tembakau yang dapat merusak lapisan dalam dinding arteri, sehingga arteri lebih rentan terjadi penumpukan plak (arterosklerosis). Hal ini terutama disebabkan oleh nikotin yang dapat merangsang saraf simpatis sehingga memacu kerja jantung lebih keras dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah, serta peran karbonmonoksida yang dapat menggantikan oksigen dalam darah dan memaksa jantung

memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (Yashinta,dkk, 2015). Perubahan kebiasaan atau merubah perilaku tentunya tidak mudah, ada beberapa metode yang perlu di rencanakan dari segi pengenalan bahaya kandungan rokok, kemudian dampak yang ditimbulkan, manfaat selain Kesehatan dari berhenti merokok yakni peningkatan sector ekonomi keluarga dan selain itu pengawasan dan *follow up* yang rutin untuk mengawasi.

4.3 Perencanaan

Rencana keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi. Rencana keperawatan yang berkualitas akan menjamin keberhasilan dalam mencapai tujuan serta penyelesaian masalah (Riskiyah, 2017). Di dalam intervensi keperawatan terdapat tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum merupakan tujuan yang lebih menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah, dimana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan ke arah perilaku yang menguntungkan kesehatan. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga. Sedangkan tujuan khusus lebih menekankan pada pencapaian hasil dari masing - masing kegiatan. Ada tiga domain yang dapat digunakan (Calgary), yaitu domain kognitif, afektif, dan psikomotor. Intervensi dengan domain kognitif ditujukan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga. Intervensi dengan domain afektif ditujukan untuk membantu keluarga dalam berespon emosional, sehingga dalam keluarga

terdapat perubahan sikap terhadap masalah yang dihadapi. Sedangkan intervensi dengan domain psikomotor ditujukan untuk membantu anggota keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.

Didalam intervensi penulis merencanakan melakukan 3 kali kunjungan rumah untuk melakukan tahap implementasi. Kunjungan akan efektif bila dilakukan secara teratur. Artinya proses saling mengenal itu hanya mungkin tumbuh kalau kunjungan tidak terjadi satu kali saja, tetapi beberapa kali atau ada kelanjutannya. Sebab semakin sering keluarga dikunjungi maka akan lebih mengenal pengunjungnya dan semakin akan tercipta keterbukaan (Riskiyah, 2017).

Masalah pertama adalah Defisit pengetahuan. Tujuan umum ditetapkan selama 3 kali kunjungan diharapkan pengetahuan keluarga meningkat. Tujuan khusus yang utama yakni keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus pertama yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan, identifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini, identifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini.. Menurut Achjar (2010) dalam (Riskiyah, 2017) Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat agar mereka memperoleh pengetahuan kesehatan sehingga nantinya berpengaruh terhadap sikap dan perubahan perilaku kesehatannya. Penyuluhan dan edukasi merupakan salah satu pilar

pengelolaan pasien (Syahwal, 2020). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan baik pada pasien maupun keluarga salah satunya adalah dalam bentuk edukasi kesehatan. Pada penelitian (Solehati et al., 2018) menunjukkan bahwa edukasi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan. Edukasi adalah pendidikan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan optimal, dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Tujuan Khusus yang kedua yakni keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus kedua yaitu Ajarkan melakukan perendaman kaki dengan air hangat. Salah satu bentuk alternatif pada penderita hipertensi. Rendam kaki air hangat bisa jadi salah satu terapi non farmakologis yang mudah dan murah yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Pengobatan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan mengubah gaya hidup yang lebih sehat dan melakukan terapi dengan rendam kaki menggunakan air hangat yang bisa dilakukan setiap saat. Efek rendam kaki air hangat sama dengan berjalan dengan kaki telanjang selama 20-30 menit (Sulistiyani, 2018). Tindakan tersebut mampu memberikan dukungan antar anggota keluarga untuk menjalin emosional yang positif. Tujuan khusus yang ketiga yakni keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus ketiga yaitu demonstrasikan perendaman kaki. Pengobatan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan mengubah gaya hidup yang

lebih sehat dan melakukan terapi dengan rendam kaki menggunakan air hangat yang bisa dilakukan setiap saat. Efek rendam kaki air hangat sama dengan berjalan dengan kaki telanjang selama 20-30 menit (Sulistiyani, 2018). Tindakan tersebut mampu memberikan dukungan antar anggota keluarga untuk menjalin emosional yang positif Tujuan khusus yang keempat yakni keluarga mampu menciptakan lingkungan yang lebih aman. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus keempat yaitu Jelaskan cara membuat lingkungan rumah yang aman. Pengaturan ruangan serta tata letak barang-barang yang akan dipergunakan sehari-hari oleh klien hendaknya disesuaikan dengan kondisi fisik klien. Keluarga perlu dibekali dengan kemampuan untuk mengkaji kondisi klien saat berada dirumah, kemudian dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan yang adekuat untuk mengatasi permasalahan yang mungkin timbul. Tujuan khusus yang kelima yakni keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Rencana Keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus kelima yaitu anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Menurut penelitian (Setyaningrum, Rosalina, 2012) semakin tinggi dukungan keluarga pada pasien stroke semakin patuh mereka menjalani program rehabilitasi. Oleh karena itu peran dan dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien hipertensi dalam menjalani rehabilitasi. pasien akan sangat terbantu jika keluarga memberikan dorongan, memperlihatkan kepercayaan pada perbaikan pasien, dan memungkinkan pasien melakukan banyak hal dan hidup semandiri mungkin. Untuk

mencegah kejadian hipertensi berulang, dibutuhkan kepatuhan dari pasien serta keluarga pasien untuk melakukan kontrol ke layanan kesehatan. Dalam mendukung upaya pencegahan kejadian, maka diperlukan konsep pelayanan yang memobilisasi berbagai elemen termasuk sumber daya komunitas, menjamin kualitas pelayanan yang tinggi, serta mampu memberikan kesempatan atau kemungkinan bagi pasien untuk mendapatkan layanan Kesehatan yang dibutuhkannya (Saputra Ade, 2017)

Masalah kedua yaitu manajemen kesehatan keluarga tidak efektif. Tujuan umum ditetapkan selama 3 kali kunjungan diharapkan manajemen Kesehatan keluarga membaik. Tujuan khusus yang pertama yakni keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus pertama yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit hipertensi, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi, jelaskan komplikasi yang sering terjadi pada penderita hipertensi. Menurut Achjar (2010) dalam (Riskiyah, 2017) pendidikan kesehatan merupakan kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat agar mereka memperoleh pengetahuan kesehatan sehingga nantinya berpengaruh terhadap sikap dan perubahan perilaku kesehatannya. Penyuluhan dan edukasi merupakan salah satu pilar pengelolaan pasien hipertensi (Syahwal, 2020). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan baik pada pasien maupun keluarga salah satunya adalah dalam bentuk edukasi kesehatan. Pada penelitian (Solehati et al., 2018) menunjukkan bahwa edukasi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan. Edukasi hipertensi

adalah pendidikan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien hipertensi yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan optimal, dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Tujuan khusus yang kedua yakni keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus kedua yaitu Fasilitasi pengambilan keputusan serta identifikasi persepsi mengenai masalah yang dirasakan. Keluarga idealnya seharusnya memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah dengan cara keluarga berusaha mengambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah anggota keluarga dan juga memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit sebagai tugas keluarga (Darliana, 2016). Tujuan khusus yang ketiga yakni keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus ketiga yaitu Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. Pemulihan pasien hipertensi akan sangat terbantu jika keluarga memberikan dorongan, memperlihatkan kepercayaan pada perbaikan pasien, dan memungkinkan pasien melakukan banyak hal dan hidup semandiri mungkin. Untuk mencegah kejadian hipertensi berulang, dibutuhkan kepatuhan dari pasien serta keluarga pasien untuk melakukan kontrol ke layanan kesehatan. Dalam mendukung upaya pencegahan kejadian hipertensi berulang, maka diperlukan konsep pelayanan yang memobilisasi berbagai elemen termasuk sumber daya komunitas, menjamin kualitas pelayanan yang tinggi, serta mampu

memberikan kesempatan atau kemungkinan bagi pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkannya (Saputra Ade, 2017). Dukungan dari keluarga dan pemberian perawatan jangka panjang yang tepat membuat penderita hipertensi dapat memperoleh kembali kualitas hidup mereka.

Masalah ketiga yaitu Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko. Tujuan umum ditetapkan selama 3 kali kunjungan diharapkan perilaku Kesehatan keluarga membaik. Tujuan khusus yang pertama yakni keluarga mampu mengenal masalah kesehatan. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus pertama identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit hipertensi, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi, jelaskan komplikasi yang sering terjadi pada penderita hipertensi. Menurut Achjar (2010) dalam (Riskiyah, 2017) pendidikan kesehatan merupakan kegiatan penyampaian pesan Kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat agar mereka memperoleh pengetahuan kesehatan sehingga nantinya berpengaruh terhadap sikap dan perubahan perilaku kesehatannya. Penyuluhan dan edukasi merupakan salah satu pilar pengelolaan pasien hipertensi (Syahwal, 2020). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan baik pada pasien maupun keluarga salah satunya adalah dalam bentuk edukasi kesehatan. Pada penelitian (Solehati et al., 2018) menunjukkan bahwa edukasi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan. Edukasi hipertensi adalah pendidikan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien hipertensi yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk

mencapai keadaan optimal, dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Tujuan khusus yang kedua yakni keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus kedua yaitu Fasilitasi pengambilan keputusan serta identifikasi persepsi mengenai masalah yang dirasakan. Keluarga idealnya seharusnya memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah dengan cara keluarga berusaha megambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah anggota keluarga dan juga memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit sebagai tugas keluarga (Darliana, 2016). Tujuan khusus yang ketiga yakni keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus ketiga yaitu Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. Pemulihan pasien hipertensi akan sangat terbantu jika keluarga memberikan dorongan, memperlihatkan kepercayaan pada perbaikan pasien, dan memungkinkan pasien melakukan banyak hal dan hidup semandiri mungkin. Untuk mencegah kejadian hipertensi berulang, dibutuhkan kepatuhan dari pasien serta keluarga pasien untuk melakukan kontrol ke layanan kesehatan. Dalam mendukung upaya pencegahan kejadian hipertensi berulang, maka diperlukan konsep pelayanan yang memobilisasi berbagai elemen termasuk sumber daya komunitas, menjamin kualitas pelayanan yang tinggi, serta mampu memberikan kesempatan atau kemungkinan bagi pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkannya (Saputra Ade, 2017). Tujuan khusus yang keempat yakni keluarga mampu menciptakan lingkungan yang lebih

aman. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus keempat yaitu anjurkan menyediakan alat bantu misalnya pegangan tangan, seket anti slip. Pengaturan ruangan serta tata letak barang-barang yang akan dipergunakan sehari-hari oleh klien hendaknya disesuaikan dengan kondisi fisik. Keluarga perlu dibekali dengan kemampuan untuk mengkaji kondisi klien saat berada dirumah, kemudian dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan yang adekuat untuk mengatasi permasalahan yang mungkin timbul. Dukungan dari keluarga dan pemberian perawatan jangka panjang yang tepat membuat penderita hipertensi dapat memperoleh kembali kualitas hidup mereka. Perawatan hipertensi di rumah yang dapat dilakukan oleh keluarga meliputi seperti membantu dalam pemberian nutrisi (makan dan minum), kepatuhan pengobatan, mengatasi masalah emosional dan kognitif, dan membantu dalam memenuhi kebutuhan spiritual (Julianti, 2013). Tujuan khusus yang kelima yakni keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Rencana Keperawatan yang dilakukan untuk tujuan khusus kelima yaitu anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan, ajarkan cara pemeliharaan kesehatan. Pemulihan pasien hipertensi akan sangat terbantu jika keluarga memberikan dorongan, memperlihatkan kepercayaan pada perbaikan pasien, dan memungkinkan pasien melakukan banyak hal dan hidup semandiri mungkin. Untuk mencegah kejadian hipertensi berulang, dibutuhkan kepatuhan dari pasien serta keluarga pasien untuk melakukan kontrol ke layanan kesehatan. Dalam mendukung upaya pencegahan kejadian hipertensi berulang, maka diperlukan konsep pelayanan yang memobilisasi berbagai elemen termasuk sumber daya komunitas, menjamin kualitas pelayanan

yang tinggi, serta mampu memberikan kesempatan atau kemungkinan bagi pasien untuk mendapatkan layanan Kesehatan yang dibutuhkannya (Saputra Ade, 2017).

4.4 Tahap Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn.T yang sebenarnya.

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Keluarga belum mampu mengenal masalah (Kurang terpapar informasi)

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 05 Oktober 2020 sampai 08 Oktober 2020 pada pasien adalah menjelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit hipertensi, menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi, menjelaskan komplikasi yang sering terjadi pada penderita hipertensi.

Menurut Achjar (2010) dalam (Riskiyah, 2017) pendidikan kesehatan merupakan kegiatan penyampaian pesan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat agar mereka memperoleh pengetahuan kesehatan sehingga nantinya berpengaruh terhadap sikap dan perubahan perilaku kesehatannya. Penyuluhan dan edukasi merupakan salah satu pilar pengelolaan pasien hipertensi (Syahwal, 2020). Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan baik pada pasien maupun

keluarga salah satunya adalah dalam bentuk edukasi Kesehatan dan memberikan alternatif pengobatan dengan perendaman kaki dengan air hangat. Pada penelitian (Solehati et al., 2018) menunjukkan bahwa edukasi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan. Edukasi hipertensi adalah pendidikan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien hipertensi yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan optimal, dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Menurut Susanto (2015), merendam kaki dengan air hangat akan membuat pembuluh darah melebar dan meningkatkan sirkulasi darah. Ini Dapatmerelaksasikan seluruh tubuh dan mengurangi kelelahan dari hari yang penuh dengan aktifitas. Menurut Destia, Umi & Priyanto (2014), prinsip kerja terapi rendam kaki air hangat dengan mempergunakan air hangat yaitu secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas/hangat dari air hangat ke dalam tubuh akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan ketegangan otot sehingga dapat melancarkan peredaran darah yang akan mempengaruhi tekanan arteri oleh baroreseptor pada sinus kortikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan impuls yang dibawa serabut saraf yang membawa isyarat dari semua bagian tubuh untuk menginformasikan kepada otak perihal tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ ke pusat saraf simpatis ke medulla sehingga akan merangsang tekanan sistolik yaitu regangan otot ventrikel akan merangsang ventrikel untuk segera berkontraksi. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah,

menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari hangat inilah yang dipergunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan dalam tubuh

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 05 Oktober 2020 sampai 08 Oktober 2020 pada pasien adalah melibatkan keluarga dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat seperti memberikan dukungan kepada Tn.T untuk rutin kontrol dan minum obat serta diet hipertensi.

Dalam melaksanakan pengobatan hipertensi ini, dukungan dan motivasi kepada pasien penting dilakukan oleh keluarga, karena keluarga memberikan pengaruh yang penting dalam mempercepat kesembuhan pasien.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan pasien beserta keluarga adalah dengan melakukan upaya serta penanganan non farmakologi seperti perendaman dengan air hangat dan ditambahkan dengan konsumsi pemberian jus mentimun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Zauhani & Zainal, pemberian jus timun kepada 20 lansia dengan hipertensi terbukti dapat menurunkan tekanan darah lansia hingga 4,4 mmHg (sistolik) dan 2,5 mmHg (diastolik). Hal tersebut didukung pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Ryan Adrian (2006) menyebutkan bahwa pemberian 200cc jus timun dapat menurunkan tekanan darah hingga 8 mmHg. Manfaat baik yang dapat dihasilkan dari konsumsi jus mentimun secara rutin dapat mendukung kontrol

tekanan darah pada hipertensi, namun hal tersebut dirasa kurang efektif apabila keluarga kurang memahami cara pembuatan jus mentimun.

Berdasarkan hal tersebut maka Penulis melakukan penyuluhan serta demonstrasi mengenai manfaat dan cara membuat jus mentimun guna meningkatkan pengetahuan serta keterampilan keluarga tentang cara merawat pasien dengan hipertensi sebagai sarana untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi tersebut.

3. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

Pelaksanaan yang dilakukan mulai tanggal 05 Oktober 2020 sampai 08 Oktober 2020 pada pasien adalah edukasi kesehatan yaitu dengan menjelaskan bahaya merokok terhadap kondisinya saat ini. Merokok dan hipertensi adalah dua faktor risiko yang terpenting dalam penyakit aterosklerosis, penyakit jantung koroner, infark miokard akut, dan kematian mendadak. Merokok telah menyebabkan 5,4 juta orang meninggal setiap tahun (Gumus et al, 2013). Pada penelitian yang telah banyak dilakukan, dijelaskan bahwa efek akut yang disebabkan oleh merokok antara lain meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah dengan adanya peningkatan kadar hormon epinefrin dan norepinefrin karena aktivasi sistem saraf simpatis. Banyak penelitian juga mengatakan bahwa efek jangka panjang dari merokok adalah peningkatan tekanan darah karena adanya peningkatan zat inflamasi, disfungsi endotel, pembentukan plak, dan kerusakan vaskular (Gumus et al, 2013).

4.5 Tahap Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap penilaian dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Oleh karena itu, kunjungan dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan, evaluasi dilakukan untuk menilai apakah hasil yang diharapkan sudah terpenuhi, bukan untuk melaporkan intervensi keperawatan telah dilakukan (Riskiyah, 2017).

Evaluasi keperawatan pada pengelolaan keluarga penulis lakukan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif, hal ini sejalan dengan teori menurut Dion dan Betan (2015) evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan atau evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai tujuan tercapai. Evaluasi somatif yaitu evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP. Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara

maksimal dikarenakan adanya keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut :

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Keluarga belum mampu mengenal masalah (Kurang terpapar informasi)

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit pengetahuan yang dilakukan selama 3 hari, keluarga yang sakit (tn. T) mengatakan mengetahui beberapa tentang penyakitnya (stroke karena hipertensi tidak kontrol, faktor resikonya merokok, pemanfaatan pelayanan kesehatan yang kurang digunakan. Selain itu saat pengamatan keluarga terkesan antusias saat dilakukan implementasi, mampu menjawab pertanyaan pertanyaan.

Fungsi perawatan kesehatan menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlu dukungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejahtera mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respons (PPNI, 2016).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa semakin baik pengetahuan tentang penyakit Hipertensi maka akan semakin tinggi tingkat kepedulian antar anggota keluarga. tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh anggota keluarga banyak mempengaruhi perilaku tersebut, dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang maka akan semakin tinggi pula

kesadaran untuk berperilaku khususnya kearah kesehatan. Oleh karena itu pengetahuan tentang komplikasi hipertensi sangat penting diberikan agar dapat meingkatkan kesadaran sesama anggota keluarga dan anggota keluarga yang sakit dan dapat selalu mengontrol tekanan darahnya.

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Hasil implementasi pada diagnosa Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, anggota keluarga (An. T) mengatakan akan memeriksakan ke puskesmas namun tertunda karena dibatasi jumlah kunjungan selama pandemi, hasil pengamatan saat evaluasi keluarga antusias saat implementasi, keluarga sudah bisa mempraktekan perendaman kaki, tn. T tampak tenang saat kakinya di rendam air hangat ditemani ananya dan diberikan jus mentimun.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspita, dkk (2016) hasil penelitian menunjukkan bahwa anggota keluarga yang memberikan dukungan secara baik serta menunjukkan sikap Caring kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi memiliki peran penting dalam kepatuhan berobat. Perhatian anggota keluarga mulai dari mengantarkan ke pelayanan kesehatan, membantu membiayaan berobat, mengingatkan minum obat, terbukti lebih patuh menjalani pengobatan

3. Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

Hasil evaluasi pada diagnosa Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko, keluarga yang sakit (tn.T) mengatakan mengetahui beberapa tentang

penyakitnya yaitu stroke karena hipertensi tidak kontrol, faktor resikonya merokok dan ngopi. Pengamatan waktu evaluasi juga terkesan antusias, tn. T akan menerapkan apa yang telah disampaikan dan diajarkan oleh penulis. Dibuktikan dengan tn. T menjawab pertanyaan evaluasi dari penulis mengenai perilaku kesehatan cenderung beresiko yang meliputi penyebab, tanda dan gejala, pencegahan serta komplikasi yang disebabkan oleh merokok. Bila dibandingkan dengan outcome yang telah ditetapkan sudah banyak yang telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, perilaku yang meningkatkan kesehatan, pemeriksaan kesehatan yang direkomendasikan, pencegahan dan pengendalian penyakit. Beberapa yang belum berhasil diantaranya adalah sumber informasi Kesehatan terkemuka yang belum memadai karena kurangnya sumber-sumber informasi yang terbaru menyebabkan klien dan keluarga susah untuk mengetahui informasi-informasi yang terbaru mengenai kesehatan. Jadi dengan demikian masalah keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko teratasi.

Dalam proses peningkatan perilaku kesehatan cenderung beresiko pada keluarga Tn. T, penulis menemukan faktor pendukung yang memudahkan penulis untuk menyelesaikan masalah tersebut. Faktor pendukungnya yaitu dari pihak keluarga Tn. T sangat kooperatif, memperhatikan serta sering mengajukan pertanyaan yang belum dimengerti oleh keluarga Tn. T. Dengan diberikan pendidikan Kesehatan tentang bahaya merokok maka memudahkan keluarga Tn. T untuk menambah wawasan tentang bahaya merokok dan manajemen kesehatan. Dengan diberikan pendidikan kesehatan tentang bahaya merokok keluarga mampu meningkatkan pengetahuan keluarga hal

ini didukung oleh penelitian Ardayani. T (2015) tingkat pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan memiliki nilai rata-rata 68 dan setelah diberikan pendidikan kesehatan memiliki nilai rata-ratanya 78. Tingkat Pendidikan dan tingkat kesibukan seseorang juga mempengaruhi kepedulian dari kebutuhan akan diri seseorang tersebut, dimana semakin tinggi ilmu pengetahuan yang didapat akan merubah perilaku namun bila dikaitkan dengan kesibukan membuat keadaan dilemma antara kebutuhan inti dari dirinya dengan kebutuhan lain terutama kebutuhan pada keluarga dan anggotanya.

Keluarga dapat menjadi penentu berhasil tidaknya pengobatan yang dilakukan seseorang dalam menjalani pengobatan karena keluarga dapat menjadi yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program kesehatan yang dapat mereka terima (Bailon, 2014). Peran dan pengetahuan keluarga di anggap salah satu variabel penting yang mempengaruhi hasil perawatan pasien (Susan, 2002). Bentuk hambatan dari ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga (penyakit hipertensi) adalah kebiasaan perilaku yang sangat sulit untuk ditinggalkan, dibutuhkan waktu yang cukup lama bagi anggota keluarga untuk melakukan pengobatan, dibutuhkannya waktu yang cukup lama ini menyebabkan pemikiran bahwa efeknya masih belum dapat dirasakan segera.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. T di Bendul Merisi Surabaya, maka penulis mengambil suatu kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penulisan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. T di Bendul Merisi Surabaya, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1.) Proses pengkajian dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga memerlukan terbinanya hubungan “trust” antara keluarga dengan mahasiswa sehingga pada proses pengkajian dapat diperoleh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan masalah yang terjadi dalam keluarga 1 dan keluarga 2, Informasi diperoleh melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi secara langsung pada lingkungan keluarga dan membandingkan dengan keadaan normal untuk menentukan adanya data senjang yang menimbulkan masalah kesehatan yang muncul.
- 2.) Penentuan diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga dilakukan melalui penentuan data senjang yang diperoleh. Kemudian prioritas masalah ditentukan bersama-sama keluarga. Adapun diagnosa keperawatan yang timbul pada kedua keluarga yaitu Defisit pengetahuan berhubungan dengan keluarga belum mampu mengenal masalah (kurang terpapar informasi),

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan keluarga belum mampu mengambil keputusan (kompleksitas perawatan/pengobatan), Perilaku kesehatan cenderung beresiko berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga (kurang terpapar informasi)

- 3.) Intervensi ditentukan secara bersama-sama dengan keluarga, sehingga keluarga memahami benar masalah yang terjadi pada keluarga itu sendiri. Perencanaan berupa tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah masalah yang belum terjadi dan mengurangi akibat yang ditimbulkan dari masalah yang sudah terjadi. Intervensi yang dilakukan oleh penulis yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri, bersama anggota keluarga yang dapat diterapkan pada keluarga dan promosi Kesehatan.
- 4.) Implementasi dilakukan sejak tanggal 05 oktober 2020 berupa pendidikan kesehatan tentang Hipertensi, pengaturan pola makan dan diet Hipertensi, perendaman air hangat untuk menurunkan hipertensi, mengukur tanda-tanda vital sesuai dengan rencana tindakan yang telah penulis susun serta mengevaluasi secara langsung pada saat proses berlangsung sehingga keluarga mampu memahami masalah kesehatan yang ada sekaligus mulai mengenal masalah dan cara penanggulangannya. Keluarga secara antusias mengikuti tahapan implementasi yang dilakukan.
- 5.) Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua keluarga dilakukan selama 3 hari kunjungan oleh penulis dan dibuat dalam bentuk SOAP yang dinarasikan, dengan cara mengulang kembali penjelasan yang diberikan pada proses implementasi dan mengobsevasi perubahan perilaku yang terjadi dari

tidak tahu menjadi, tidak peduli jadi peduli dan perhatian, sehingga penulis dapat menilai berdasarkan kemampuan pada proses belajar yang menghasilkan perubahan perilaku pada keluarga.

5.2 Saran

1) Keluarga

Agar kedua keluarga dapat merawat anggota keluarga yang menderita Hipertensi. keluarga dapat mengambil keputusan atau tindakan untuk mengatasi masalah serta dapat melanjutkan perawatan terhadap anggota keluarga.

2) Untuk Perawat dan Petugas Kesehatan

- a. Melakukan kerjasama lintas program (Puskesmas) dan lintas sektoral (RT, kelurahan) dan instansi yang terkait sehingga memudahkan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.
- b. Pengkajian pada lingkup keluarga agar memperoleh data yang akurat sebaiknya perawat mampu meningkatkan kemampuan interpersonal serta sarana prasarana yang menunjang untuk melakukan pengkajian dan menentukan diagnosa yang muncul dari pengkajian yang dilakukan.
- c. Pemilihan prioritas diagnosa keperawatan, sebaiknya perawat melibatkan secara langsung keluarga sehingga mampu memberikan informasi yang akurat mengenai tujuan yang dilakukannya kegiatan tersebut dan keluarga memiliki pemahaman yang baik pada proses yang berlangsung.
- d. Perencanaan keperawatan, perawat harus menyesuaikan dengan diagnosa keperawatan dan ditentukan bersama-sama dengan keluarga sehingga

tindakan keperawatan yang direncanakan benar-benar sesuai dengan kebutuhan keluarga.

- e. Implementasi perawat sebagai Health educator sebaiknya memberikan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan tingkat pengetahuan keluarga yang dikelola, sehingga memudahkan proses yang berlangsung.
- f. Evaluasi hasil pemberian asuhan perawat harus benar-benar memperhatikan pencapaian tujuan dalam perencanaan dan tanggapan atau respon dari keluarga sehingga pemberi asuhan keperawatan lebih optimal.

3) Institusi Pendidikan

- a. Saran untuk institusi pendidikan untuk menambah waktu studi kasus penulis sehingga pemberian asuhan keperawatan keluarga dapat berjalan secara lebih optimal.
- b. Hasil asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan topik Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Kasus Hipertensi bagi dosen dan mahasiswa di lingkungan STIKES Hang Tuah Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- A, B. (2008). *Klasifikasi Tekanan Darah*. Jakarta: Elex Media. Brasher, L.Valentina. (2008). *Aplikasi Klinis Patofisiologi* (Egc (Ed.)). Egc.
- Aini, Dkk. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Fraktur. *Relaksasi, 1*. [Http://Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id/Index.Php/Jk](http://Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id/Index.Php/Jk)
- Alimul, A. (2011). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Tehnik Analisis Data* (S. Medika (Ed.)). Medika, Salemba.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theory & Their Work (8th Ed)*. The Cv Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri: Mosby Elsevier. Inc.
- Alsa, A. (2010). *Pendekatan Kuantitatif Dan Kualitatif Serta Kombinasinya Dalam Penelitian Psikologi*. Pustaka Pelajar.
- Andria, K. M. (2013). Hubungan Antara Perilaku Olahraga, Stress Dan Pola Makan Dengan Tingkat Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang Putih Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya. *Jurnal Promkes, 1*(2), 654–668.
- Andry, H. (2010). *Terapi Gizi Dan Diit Rumah Sakit* (B. K. Edgj (Ed.); 1st Ed.). Edgj, Buku Kedokteran.
- Anggraini, S. R. (2015). Perbedaan Tingkat Kecemasan Dalam Proses Menyusui Antara Ibu Primipara Dan Multipara Di Rs Pancaran Kasih Gmim Manado. *Jurnal Keperawatan Unsrat, 3*(2), 1–56. [Http://Ridum.Umanizales.Edu.Co:8080/Jspui/Bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.Pdf](http://Ridum.Umanizales.Edu.Co:8080/Jspui/Bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.Pdf)

- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa* (D. Press. (Ed.); 1st Ed.). Press., Diva.
- Arikunto S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* (Cet. Xv). Rineka Cipta.
- Asmadi. (2010). Hubungan Antara Dukungan Sosial Orang Tua Dengan Kepercayaan Diri Remaja Penyandang Cacat Fisik. *Jurnal Psikologi 1*.
- Aspiani, R. Y. (2016). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi Nic & Noc* (Egc (Ed.)). Egc.
- Astuti, S. M. (2015). *Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester Iii Di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Pinang Kecamatan Mandau Talawang Kabupaten Kapuas Kalimantan Tengah*.
- Astutik., R. Y. (2014). *Payudara Dan Laktasi*. Salemba Medika.
- Atikah, P., & Ismawati Cahyo, S. (2014). Bblr: Berat Badan Lahir Rendah. In *Yogyakarta: Nuha Medika*. Nuha Medika.
- Ayuningtyas, R. D. (2009). Proses Pengolahan Limbah Cair Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. *Hiperkes, 1*(1), 1–59.
- Az-Zahrani, M. (2010). *Konseling Terapi*. Gema Insan.
- Bahiyatun. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Egc.
- Bradfield, J. P., Taal, H. R., Timpson, N. J., Scherag, A., Lecoeur, C., Warrington, N. M., Hypponen, E., Holst, C., Valcarcel, B., Thiering, E., Salem, R. M., Schumacher, F. R., Cousminer, D. L., Sleiman, P. M. A., Zhao, J., Berkowitz, R. I., Vimalaswaran, K. S., Jarick, I., Pennell, C. E., ... Grant, S. F. A. (2012). A Genome-Wide Association Meta-Analysis Identifies New Childhood Obesity Loci. *Nature Genetics, 44*(5), 526–531.

<https://doi.org/10.1038/Ng.2247>

- Budiati, T. R. I., Keperawatan, M. I., Maternitas, K. K., Pasca, P., Fakultas, S., Keperawatan, I., & Indonesia, U. (2009). *Hubungan Imd Terhadap Produksi Asi*.
- Cunningham, F.G., Kenneth, J.L., Steven, L.B., Catherine, Y.S., Jodi, S. D., & Barbara, L.H., Brian., M.C., Jeanne, S. S. (2014). *Williams Obstetric. 24 Th Edition*. Medical.
- Dennis. (2010). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment Of The Short Form. *Jognn*, 6, 734–744.
- Departemen Kesehatan. (2011). Pedoman Manajerial Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit Dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya. In 26 Desember 2014.
- Dinkes Kota Surabaya. (2016). *Profil Kesehatan Dinkes Kota Surabaya*. [Http://Www.Depkes.Go.Id/Resources/Download/Profil/Profil_Kab_Kota_2016/3578_Jatim_Kota_Surabaya_2016.Pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/profil_kab_kota_2016/3578_jatim_kota_surabaya_2016.pdf)
- Dirhan. (2012). Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Ketaatan Berobat Dengan Derajat Sistole Dan Diastole Pasien Hipertensi Di Puskesmas Sukamerindu Kota Bengkulu. *J Ilmiah Farmasi*, 9(1), 1–10.
- E, R. (2011). *Prevalensi Hipertensi Dan. Determinannya Di Indonesia*. Pt Gramedia Pustaka Utama.
- Firmina, A. N. (2011). *Teori Belajar Dan Pembelajaran Implementasinya Dalam Pembelajaran Bahasa Indonesia Di Smp, Sma, Dan Smk*. Dee Publish.
- Friedman, M. (2010). *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik Edisi 5* (Egc (Ed.); 5th Ed.). Egc.

- Friedman, M. (2016). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Pustaka Pelajar.
- Ghufron. (2010). *Teori-Teori Perkembangan*. Refika Aditama.
- Gunarsa, S. D. (2008). *Psikologi Praktis : Anak, Remaja Dan Keluarga*. Bpk Gunung Mulia.
- H, H. N. & K. (Ed.). (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2*. H, Huda Nurarif & Kusuma.
- Hakim, T. (2005). *Mengatasi Rasa Tidak Percaya Diri*. Puspa Swara.
- Hardhi, A. &. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus* (Mediacion (Ed.); Jilid 1). Mediacion.
- Haryono R, Setianingsih, S. (2014). *Manfaat Asi Eksklusif Untuk Buah Hati Anda*. Gosyen Publishing.
- Hawari, D. (2011). *Managemen Stres Cemas Dan Depresi*. Fkui.
- Inisiasi, H., Dini, M., Kelancaran, D., Asi, P., Ibu, P., Persalinan, P., & Rsud, D. I. (2011). Hubungan Inisiasi Menyusui Dini Dengan Kelancaran Produksi Asi Pada Ibu Pasca Persalinan Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta Dn Rsud Banjarssari Surakarta. *Kesehatan*, 65.
- Ipkki. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Keluarga*. Universitas Indonesia (Ui-Press).
- Joelani, E. . (2005). *Asi Dan Menyusui*. Kapita Selekt.
- Kemenkes Ri. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.
- Kementerian Kesehatan Ri. (2012). *Pp No. 33 Th. 2012 Tentang Asi Eksklusif* (Pp. 2–3).

- Kementerian Kesehatan RI 2018. (2018a). Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017 [Data And Information For Indonesian Health Profile 2017]. In *Profil Kesehatan Indonesia 2017* (Pp. 1–184). [Http://Www.Pusdatin.Kemkes.Go.Id/Resources/Download/Pusdatin/Profil-Kesehatan-Indonesia/Data-Dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2017.Pdf](http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/data-dan-informasi_profil-kesehatan-indonesia-2017.pdf)
- Kementerian Kesehatan RI 2018. (2018b). *Profil Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2018*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar Jawa Timur 2018. *Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–82.
- Kes, M., Hardhana, B., Siswanti, T., Sibuea, F., Widiyanti, W., Susanti, M. I., Pangribowo, S., Aprianda, R., Indah, S., Mardina, R., Sakti, E. S., Wahyudi, T., Habibi, H. A., Sari, D. M., Sigit, B. B., Maslinda, H., & Maula, R. (2018). *Kemenkes 2018*.
- Khoiri, I. (2010). *Meraih Kepercayaan Diri Hanya Dalam Tujuh Hari*. Diva Press.
- Kresnawan, T. (2011). *Asuhan Gizi Pada Hipertensi*. Instalasi Gizi Dr. Cipto Mangunkusumo.
- Lauster, P. (1988). *Tes Kepribadian (Terjemahan D.H. Gulo)*. Bumi Aksara.
- Liendenfield. (2010). *Tips Bisa Percaya Diri.Dalam Syaifullah*. Citra Ilmu.
- Louisa, M., Sulistiyani, & Joko, T. (2018). Hubungan Penggunaan Pestisida Dengan Kejadian Hipertensi Pada Petani Di Desa Gringsing Kecamatan Gringsing Kabupaten Batang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat. Jkm E-Journal*, 6(1).

- Lubis, N. L. (2009). *Depresi : Tinjauan Psikologis*. Kencana Prenada Media Group.
- Lugo, J.O. Dan Hersey, G. . (1981). *Living Psychology.Edition*. Ny: The Macmillan Co.
- Mahan Lk, Stump Se, R. J. (2012). Krause’s Food And The Nutrition Care Process. In *Nutrisionist* (Vol. 13, Pp. 758–769). Elsevier.
- Maharani, A. F., Afriandi, I., & Nurhayati, T. (2017). Pengetahuan Dan Sikap Tenaga Kesehatan Terhadap Pengelolaan Limbah Medis Padat Pada Salah Satu Rumah Sakit Di Kota Bandung. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 3(2), 84–89. <https://doi.org/10.24198/jsk.v3i2.15008>
- Mastuti, I. (2012). *50 Kiat Percaya Dir*. Pt. Buku Kita.
- Misyusliani, Santi Dan Jasrida, Y. (2011). Faktor Resiko Yang Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Diit Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(3).
- Monika, F. B. (2014). *Buklu Pintar Asi Dan Menyusui*. Mizan Publika.
- Mubarak. (2012). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Salemba Medika.
- Mukhlis, A., & Muqim, S. Al. (2013). *Pendekatan Psikologi Kontemporari : Perilaku Masyarakat Pada Aras Kekinian*.
- Murwarni, A. (2011). *Perawatan Pasien Penyakit Dalam. Jilid I*. Jogja Press.
- Nabilla. (2016). *Hubungan Antara Persepsi Dengan Perilaku Ibu Menyusui Menurut Teori Health Belief Model Di Desa Singojuruh Kecamatan Singojuruh Kabupaten Banyuwangi*.
- Naim Setyobudi. (2013). Hubungan Pengetahuan Dan Lama Kerja Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Keperawatan*, 1(1), 1–73. Perpustakaan.Uns.Ac.Id

- Nisman, A., Mera, M., Sandi, A., & Lesmana, S. (2011). *Buku Pintar Asi Eksklusif*. Cv Andi Offset.
- Nita, H. (2010). Hubungan Perawatan Payudara Dengan Produksi Asi Pada Ibu Nifas Di Rsud Sinjai. *Fakultas Ilmu Kesehatan Uin Alauddin Makassar, Skripsi*, 1–78. [Http://Repositori.Uin-Alauddin.Ac.Id/3705/1/Nita Haeriaty.Pdf](http://Repositori.Uin-Alauddin.Ac.Id/3705/1/Nita%20Haeriaty.Pdf)
- Notoadmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Pt Rineka Cipta.
- Nurharyanti, L. (2016). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Perilaku Perawat Dalam Pengelolaan Sampah Medis Di Ruang Rawat Inap Rsud Sukoharjo. *Keperawatan*, 17.
- Nurhumairah, N. S. (2014). *Pengaruh Penerapan Pola Diit Dash (Dietary Approaches To Stop Hypertension) Terhadap Tekanan Darah Sistoli Dan Diastolic Pada Kelompok Lansia Di Kota Semarang*. Universitas Diponegoro.
- Nurjanah, S. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.U Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular: Hipertensi Di Ruang Melati Yarsi*. Sekolah Menengah Kejuruan Kesehatan Bhakti Kencana Ciawi.
- Nursalam. (2014). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Paramitha, G. T. (2016). Tingkat Percaya Diri Peserta Didik. *Kesehatan*, 1, 1–96. [Https://Doi.Org/10.1017/Cbo9781107415324.004](https://doi.org/10.1017/Cbo9781107415324.004)
- Patrilia, D. F. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Dan Keteraturan Kontrol Teakanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Rsud Tugerejo Semarang*. 1. [Http://Www.Ejurnal.Com/2013/101](http://www.ejurnal.com/2013/101)

- Pedak, M. (2009). *Metode Supernol Menaklukkan Stres*. Hikmah Publishing House.
- Perdana, M. (2017). *Hubungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diit Hipertensi Pada Lansia Di Dusun Depok Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Aiyiyah.*
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (Ppni). (2005). Standar Kompetensi Perawat Indonesia. *Standar Kompetensi Perawat Indonesia- Dipublikasi Oleh Bidang Organisasi Pp-Ppni Melalui; Http://Www.Inna-Ppni.Or.Id. Https://Doi.Org/10.1017/Cbo9781107415324.004*
- Ppni, Tim Pokja Sdki Dpp. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Ppni.
- Ppni, Tim Pokja Siki Dpp. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Tim Pokja Sdki Dpp Ppni.
- Ppni, Tim Pokja Siki Dpp. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Ppni. Dewan Pengurus Ppni.
- Prasetyaningrum. (2014). *Hipertensi Bukan Untuk Ditakuti*. Fmedia.
- Prastanti, D. W. (2012). *Konsep Keperawatan Keluarga*. Universitas Muhammadiyah.
- Pratiwi. (N.D.). Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi Di Poliklinik Khusus Rsup Dr. M. Djamil Padang. 2011.
- Proverawati, A. (2010). *Kapita Selektasi Asi Dan Menyusui*. Nuha Medika.
- Rahayu, D., & Yunarsih, Y. (2017). Faktor Predisposisi Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian Asi Eksklusif Berdasarkan Teori Maternal Role Attainment Ramona T Mercer. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(1), 48.

<https://doi.org/10.32831/jik.v6i1.154>

Rahayu, S. R. I. (2012). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Manajemen Relaktasi Di Puskesmas Kecamatan Pasar Rebo Skripsi.*

Rahmawati, A., & Prayogi, B. (2017). Analysis Of Factors Affecting Breastmilk Production On Breastfeeding Working Mothers. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal Of Ners And Midwifery)*, 4(2), 134–140.

<https://doi.org/10.26699/jnk.v4i2.art.p134-140>

Riyanto, A., & Budiman. (2013). *Kapita Selekta Pengetahuan Dan Sikap.* Salemba Medika.

Rochman, Kholil Lur. (2010). *Kesehatan Mental.* Fajar Media Press.

Rufaidah, E. R. (2009). *Efektifitas Terapi Kognitif Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Asma Di Surakarta.* Ugm.

Sabri, L & Hastono, P. (2006). *Statistik Kesehatan.* Harapan Press.

Safitri, D. 2010. H. Antara K. D. Dengan P. S. M. Di F. P. U. I. N. M. (2010). *Safitri, Dwi. 2010. Hubungan Antara Kepercayaan Diri Dengan Penyesuaian Sosial Mahasiswa Di Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Malang.*

Saleh, A. (2011). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Pendekatan Modelling Pada Para Ibu Terhadap Pertumbuhan Dan Perkembangan Bayi 0-6 Bulan Melalui Penerapan Teori Keperawatan Maternal Role Attainment Di Kabupaten Maros. *Kesehatan*, 1, 1–223.

<https://doi.org/10.1017/Cbo9781107415324.004>

Sdki. (2013). Survey Demografi Dan Kesehatan Indonesia. In *Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia.* <https://doi.org/0910383107>

[Pii]R10.1073/Pnas.0910383107

- Sembiring, B., Kes, M., Lubis, F. H., & Kes, M. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tindakan Perawat Dalam Pengelolaan Sampah Medis Di Rsu Sembiring Deli Tua Tahun 2018. *Kesehatan Masyarakat, 1*(2), 70–77. <https://doi.org/10.35451/jkg.v1i2.171> Abstract
- Setiadi. (2007). *Anatomi Dan Fisiologi Manusia* (1st Ed.). Indomedia Pustaka. https://doi.org/10.1007/springerreference_38447
- Setiawan, M. A. (2013). *Bimbingan Dan Konseling Pendekatan Qur'ani (Alternatif Pendekatan Lapangan) Jilid Kedua Konseling*. Nurani Press.
- Setyowati, M. (2011). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Mitra Cendik.
- Sinaga, Netty Oktarina, D. (2015). *Perbandingan Pengaruh Breast Care Dan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Air Susu Ibu Post Sectio Caesaria Di Ruang Nifas Rsud Kota Bandung* (P. 8).
- Smeltzer, S.C. & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Egc.
- Solehati, T. Et Al. (2018). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Dalam Upaya Menurunkan Aki Pada Kader Posyandu*. 4(1), 7–12.
- Standhope. (2010). *Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Egc.
- Sudiharti, ., & Solikhah, . (2013). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Perawat Dalam Pembuangan Sampah Medis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal Of Public Health)*, 6(1), 49–59. <https://doi.org/10.12928/kemas.v6i1.1017>
- Sumantri, A. (N.D.). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Hipertensi Pada Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Lansia Hipertensi Di Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati*. Yogyakarta: Stikes Aisiyah. 2014.

- Suprajitno. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik*. Egc.
- Suprajitno. (2016). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Pada Praktik*. Egc.
- Suryana. (2015). Metodologi Penelitian Model Praktis Penelitian Kuantitatif. In *Metodologi Penelitian*. <https://doi.org/10.1007/S13398-014-0173-7.2>
- Susanto. (2010). *Cekal (Cegah Dan Tangkal) Penyakit Modern*. Andi.
- Susanto. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik*. Egc.
- Sutomo, B Dan Anggraini, D. (2010). *Menu Sehat Alami Untuk Balita & Batita*. Pt. Agromedia Pustaka.
- Syahwal, M. (2020). Implementasi Health Education Dalam Meningkatkan Kesiapan Keluarga Dalam Merawat Pasien Hipertensi'. *Hipertensi*, 3(1), 23–25.
- Timur, D. K. J. (2020). *Profil Kesehatan Jawa Timur 2018*.
- Tyas, R. (2018). Hubungan Pengetahuan Tenaga Kesehatan Tentang Kewaspadaan Standar Pengelolaan Limbah Dengan Kepatuhan Pengelolaan Limbah Ibs Rsud Wates. *Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 79–85.
- Wahyu Widayati. (2017). Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Petugas Kesehatan Dalam Upaya Pengelolaan Sampah Medis Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun Tahun 2017. *Keperawatan*, 1(1), 1–122.
- Widuri, F. F. & J. (2009). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Universitas Indonesia (Ui-Press).
- Widuri, H. (2013). *Cara Mengolah Asi Eksklusif Bagi Ibu Bekerja*. Gosyen Publishing.
- Wungo, M. M. Y. (2013). Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Petugas Sanitasi Dalam Praktik Pengelolaan Sampah Medis Di Rsud Kabupaten

Kebumen Tahun 2013. *Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 4.

Yeni, F. (N.D.). Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hipertensi.

Padang : Universitas Andalas. 2016.

Yuliarti, N. (2010). *Keajaiban Asi Makanan Terbaik Untuk Kesehatan, Kecerdasan, Dan Kelincahan Anak*. Cv. Andi.

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Fitroh Nasrowi, S.Kep
NIM : 2030038
Program Studi : Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Tulungagung, 29 Mei 1993
Agama : Islam
Alamat : Dusun Genengan RT 03 RW 02 Desa Gondang
Kecamatan Gondang Kabupaten Tulungagung
Email : fitrohse@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 01 Gondang Tulungagung Lulus Tahun 2002
2. SMP Negeri 01 Kauman Tulungagung Lulus Tahun 2008
3. SMK Negeri 03 Boyolangu Tulungagung Lulus Tahun 2011
4. STIKes Utama Abdi Husada Tulungagung Lulus Tahun 2014
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2020

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN**Motto** :**“BERPROSES DEMI HASIL YANG NIKMAT”****Persembahan** :

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat serta hidayah-Nya yang telah memberikan kesehatan, kekuatan, kesabaran, kelancaran dan pertolongan kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini. Saya persembahkan karya ini kepada :

1. Kedua Orang tua serta kedua saudara saya, terimakasih atas semua cinta dan kasih sayang yang diberikan kepada saya. Terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, dan motivasi untuk saya selama ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan dan kebahagiaan.
2. Pembimbing Skripsi saya yaitu Puji Hastuti, S.kep.,Ns.,M.Kep. yang tidak lelah membimbing untuk memperbaiki dan menyemangati dalam berproses penyelesaian skripsi
3. Teman-teman kerja dari RSPAL Dr. Ramelan yang selalu menyemangati dan mempermudah saya dalam bertukar dinas demi kelancaran perkuliahan.
4. Teman-teman satu bimbingan yang selalu berjuang bersama-sama dan saling menyemangati.
5. Teman-teman terbaik di prodi S1 Paralel B11 dan semua dosen Stikes Hang Tuah yang luar biasa, terimakasih atas dukungan dan semangat.





6. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untuk saya, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Lampiran 3

**LEMBAR KONSUL/BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA TAHUN 2020-2021**

Nama : Fitroh Nasrowi

NIM : 2030038

No	Hari/ Tanggal	BAB/ Subbag	Konsul/ Bimbingan	Nama Pembimbing	Tanda Tangan
1	13 Juli 2021	Bab 1	Bimbingan tentang kasus	Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	
2	20 Juli 2021	Bab 1,2,4 s/d 5	Bimbingan isi penulisan diagnosa sesuaikan dengan SDKI, SLKI dan SIKI	Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	
3	2 Agust 2021	Bab 1 s/d 5	Konsul revisi pendahuluan, pembahasan, penulisan, dan tinjauan teori	Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	
4	7 Agust 2021	Bab 1 s/d 5	Acc	Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep	

Lampiran 4

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TN T DI BENDUL
MERISI WONOCOLO SURABAYA**

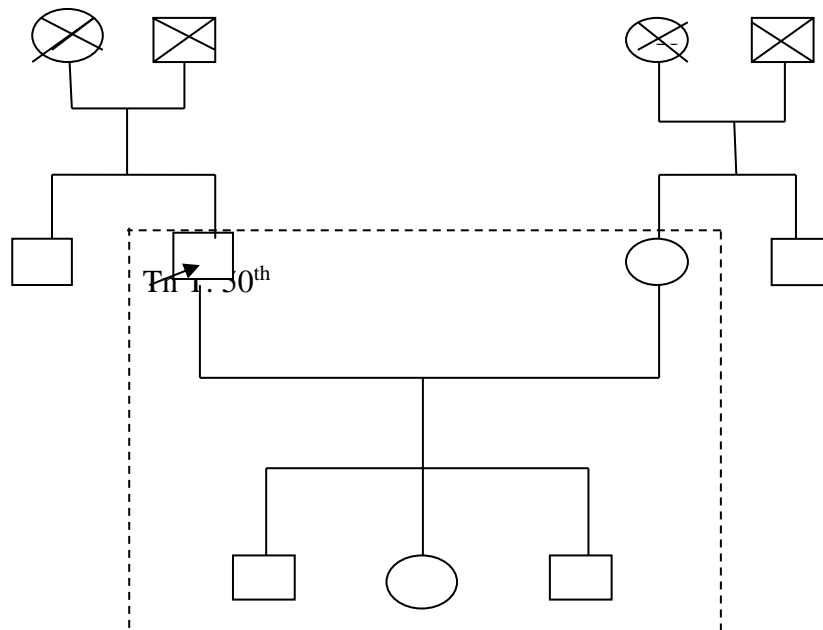
PENGKAJIAN (Tanggal : Senin 5 Oktober 2020)

I. Data Umum

1. Nama Kepala Keluarga : Tn. T
2. Alamat Dan Telepon : Bendul Merisi, Surabaya
3. Pekerjaan Kk : Satpam
4. Pendidikan Kk : SMA
5. Komposisi Keluarga :

No	Nama	Jenis Kel	Hub Klg KK	Umur	Dik	Status Imunisasi								Ket
						Polio		DPT		Hepatitis		Campak		
	RE	L	KK	50		L		L		L			L	L
	TM	L	AK	20		L		L		L			L	L
	ZA	P	AK	18		L		L		L			L	L
	ZJ	L	AK	9		L		L		L			L	L

Genogram :



1. Tipe Keluarga : Keluarga Inti
2. Suku Bangsa : Jawa
3. Agama : Islam
4. Status Sosial Ekonomi : Menengah
5. Aktivitas Rekreasi Keluarga
Keluarga jarang melakukan rekreasi bersama

II. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

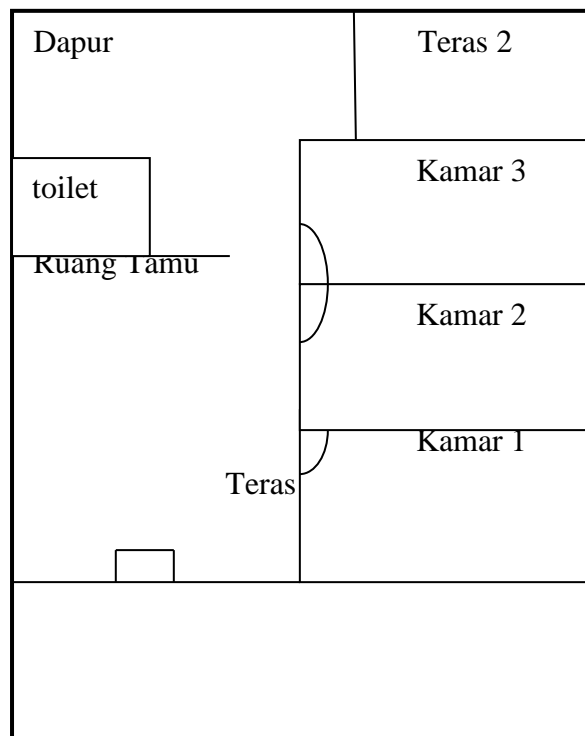
6. Tahap perkembangan keluarga saat ini
Tahap 5 (Keluarga dengan anak remaja)
7. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Menjaga keharmonisan rumah tangga karna Suami istri sudah bercerai
8. Riwayat kesehatan keluarga inti
Kepala keluarga atau suami memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan stroke dalam 2 bulan terakhir.
9. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
Riwayat penyakit orangtua sebelumnya adalah diabetes

III. Data Lingkungan

10. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah sendiri, Permanen, Lantai Keramik, luas rumah : luas ventilasi : individu yang tinggal 4 orang. Rumah memiliki 1 Ruang Tamu, 1 Ruang santai keluarga, 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, dapur, Teras luar dan teras dalam

Denah rumah



11. Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Tetangga disekitar rumah ramah, peduli lingkungan.

12. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga sudah tinggal dirumah tersebut sudah 20 tahun. Keluarga belum pernah berpindah rumah.

13. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Interaksi dengan masyarakat jarang karna keluarga juga tetangganya memiliki kesibukan masing-masing

14. Sistem pendukung keluarga

Sistem dukungan keluarga berasal dari saudaranya

IV. Struktur Keluarga

15. Struktur peran

Suami : Pencari Nafkah, Pengurus Keluarga

Anak ke 1 : Pelajar, membantu pekerjaan rumah (membereskan rumah)

Anak ke 2 : Pelajar, membantu pekerjaan rumah (masak, menyuci)

Anak ke 3 : Pelajar

16. Pola komunikasi keluarga

Pengambilan keputusan di ambil oleh kepala keluarga.

17. Struktur kekuatan keluarga

Pada Keluarga ini Suami dan anak ke 1 mempunyai kemampuan mempengaruhi dan mengendalikan anggota keluarganya

18. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi terpenuhi. Pada keluarga yang mencari nafkah yaitu kepala keluarga.

V. Fungsi Keluarga

19. Fungsi mendapatkan status social

Keluarga sudah mendapatkan status sosial di masyarakat

20. Fungsi pendidikan

Keluarga mampu memberikan pendidikan formal dan informal kepada anggota keluarga atau anak-anaknya.

21. Fungsi sosialisasi

Keterlibatan keluarga di masyarakat jarang.

22. Fungsi pemenuhan (perawatan / pemeliharaan) kesehatan

1) Mengenal masalah kesehatan

Keluarga belum mampu mengenal masalah kesehatan

2) Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Keluarga masih belum tepat mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

3) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga masih bingung untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

- 4) Kemampuan keluarga memelihara / memodifikasi lingkungan rumah yang sehat
Keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan yang sehat seperti keadaan rumah yang bersih dan ventilasi yang baik.
 - 5) Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan
Keluarga belum memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada secara rutin melainkan memilih untuk berobat ke pengobatan herbal
23. Fungsi religious
Keluarga menjalankan ibadahnya yaitu sholat 5 waktu.
24. Fungsi rekreasi
Keluarga sudah lama tidak berekreasi bersama.
25. Fungsi reproduksi
Fungsi reproduksi pada suami kurang terpenuhi karna suami istri sudah bercerai.
Fungsi reproduksi anak ke 1 sudah mengetahui tentang kesehatan reproduksi
Fungsi reproduksi pada anak ke 2 sudah mengetahui tentang kesehatan reproduksi
26. Fungsi afeksi
Anggota keluarga ada rasa saling menyayangi satu sama lain

VI. Stress Dan Koping Keluarga

27. Stressor jangka pendek dan panjang
Stressor dalam keluarga yaitu permasalahan perceraian, dan penyakit yang di derita kepala keluarga
28. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor
Keluarga masih denial akan stressor yang terjadi
29. Strategi koping yang digunakan
Beribadah dan berdoa
30. Strategi adaptasi disfungsional

VII. Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

No	Pemeriksaan	Tn. T
1	Keadaan umum	Tn. T, kesadaran Compos mentis, TD= 160/100mmHg Rr = 20x/m, N=80x/m, S=37°C, bentuk kepala bulat, rambut sedikit beruban, distribusi rambut merata, tidak ada lesi
2	Bentuk Kepala	Bentuk kepala bulat, rambut sedikit beruban, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
3	Mata dan Wajah	Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Terdapat sedikit keriput dan sedikit pelo pasca stroke. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva tidak ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis
4	Hidung	Hidung tampak bersih, tidak ada sekret, posisi septum medial.
5	Mulut	Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi tampak berlubang sebagian, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
6	Telinga	Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, Tn. D mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
7	Leher	Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
8	Dada	Bentuk dada simetris, tidak ada lesi, suara paru vesikuler.

10	Abdomen	Bentuk abdomen datar , tekstur kulit baik, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
11	Ekstremitas	Ekstrimitas atas dan bawah simetris, oedema dan varises tidak ada, akral teraba hangat, kuku pendek dan bersih
12	Genitalia dan rectum	Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan

An. T	An. ZA
An. T sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Compos mentis, TD= 120/80mmHg Rr = 20x/m, N=78x/m, S=37°C, bentuk kepala bulat, distribusi rambut merata, tidak ada lesi	An. ZA sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Compos mentis, TD= 120/80mmHg Rr = 20x/m, N=80x/m, S=37°C, bentuk kepala bulat, distribusi rambut merata, tidak ada lesi.
Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.	Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.	Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit kuning langsung. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
Hidung tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.	Hidung tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.
Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.	Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan	Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan

sekret tidak ada, An. T mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat	sekret tidak ada, An. ZA mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis	Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.	Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.
Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.	Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
Tidak ada edema, turgor kulit <3detik, akral hangat.	Tidak ada edema, turgor kulit <3detik, akral hangat.
Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan	Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan

An. Z
An. Z sehat, tidak mengeluh apapun, kesadaran Compos mentis,
Bentuk kepala bulat, rambut hitam, distribusi rambut merata tidak ada lesi, tampak bersih.
Bentuk wajah oval, tidak ada bekas luka, warna kulit coklat. Mata tampak bersih, posisi mata simetris, konjungtiva ananemis, sklera putih, reflek pupil miosis.
Hidung tampak bersih, septum medial, lubang hidung bersih, tidak ada secret.
Mulut tampak bersih, bibir lembab, mukosa bibir dan tidak ada stomatitis, gusi merah muda, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada gangguan menelan atau mengunyah.
Bentuk simetris, tampak bersih, meatus auditorius eksterna bersih, serumen dan sekret tidak ada, An. Z mampu mendengar dan berespon terhadap pertanyaan perawat
Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
Bentuk dada simetris, suara paru vesikuler, tidak ada lesi.
Bentuk abdomen datar, tekstur kulit keriput, bising usus 10x/menit, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas.
Tidak ada edema, turgor kulit <3detik, akral hangat.
Tidak dikaji karena menurut klien tidak ada gangguan

VIII. Harapan Keluarga

Harapan Keluarga bisa segera pulih dari penyakitnya

A. DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

II. Analisis Dan Sintesis Data

Gangguan proses keluarga, Penurunan Koping Keluarga, Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

No	Data	Masalah	Penyebab
1	<p>Subyektif : keluarga tidak tau penyebab dan penatalaksanaan hipertensi, dan pasca stroke. Keluarga tidak mengerti makanan yang harus dihindari sesuai penyakitnya</p> <p>Obyektif : tidak meminum obat dari dokter dan tidak memilih menu makanan yang seharusnya dianjurkan.</p>	<p>Defisit pengetahuan</p> <p>SDKI</p> <p>D0111</p> <p>Kategori</p> <p>Perilaku</p> <p>Subkategori</p> <p>Penyuluhan dan Pembelajaran</p>	<p>Keluarga belum mampu mengenal masalah (Kurang terpapar informasi)</p>
2	<p>Subyektif :</p> <p>Keluarga mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang di derita</p> <p>Obyektif :</p> <p>Keluarga tidak tepat menangani masalah kesehatan</p>	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif</p> <p>SDKI</p> <p>D0115</p> <p>Kategori</p> <p>Perilaku</p> <p>Subkategori</p> <p>Penyuluhan & Pembelajaran</p>	<p>Ketidak mampuan keluarga mengambil keputusan (Kompleksitas program pengobatan/pelayanan)</p>

3	<p>Subyektif :</p> <p>Keluarga mengatakan penyakit hipertensinya yang blm stabil 3 bulan terakhir. Keluarga mengatakan pasien sulit bicara setelah terkena serangan stroke</p> <p>Obyektif :</p> <p>Td : 160/100 mmHg</p> <p>Pasien terlihat sulit bicara</p> <p>Bicara masih belum jelas</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p> <p>SDKI D0119</p> <p>Kategori Relasional</p> <p>Subkategori Interaksi Sosial</p>	<p>Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (Stroke)</p>
---	---	---	---

III. Daftar Diagnosis Keperawatan yang muncul

No	Diagnosa Keperawatan (PES)
1	Defisit Pengetahuan bd Keluarga Belum mampu mengenal masalah (kurang terpapar informasi)
2	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif bd Keluarga belum mampu Mengambil keputusan (kompleksitas perawatan/pengobatan)
3	Gangguan komunikasi verbal bd Keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit (stroke)

IV. Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan

Dx. Kep. : Defisit pengetahuan bd kurang terpapar informasi kompleksitas perawatan/pengobatan

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	<p>Sifat Masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tdk/Kurang Sehat - Ancaman Kes - Keadaan Sejahtera 	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>	1	<p>3/3x1 =1</p>	<p>Tn. T</p> <p>mengungkapkan menderita hipertensi ± 4 bulan lalu, tidak pernah minum obat, tidak mengetahui makanan yang tidak boleh dimakan oleh penderita hipertensi,</p>

					tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi suka mengkonsumsi makanan yang berlemak dan asin.
2	<p>Kemungkinan Msl Dpt Diubah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudah - Sebagian - Tdk Dapat 	<p>2 1 0</p>	2	<p>$2/2 \times 2 = 2$</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan kesehatan BPJS dan fasilitas Yankes dekat dengan rumah. - Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit. <p>Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan kunjungan rumah dan implementasi.</p>
3	<p>Potensial Msl Utk Dicegah</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tinggi -Cukup -Rendah 	<p>3 2 1</p>	1	<p>$2/3 \times 1 = 0.6$</p>	Masalah sudah dirasakan oleh Tn. T
4	<p>Menonjolnya Masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan 	<p>2 1 0</p>	1	<p>$2/2 \times 1 = 1$</p>	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
Total skor				4.6	

Dx. Kep. : Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif bd kompleksitas perawatan/pengobatan

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah - Tdk/Kurang Sehat - Ancaman Kes - Keadaan Sejahtera	3 2 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Keluarga Tn. T mengungkapkan, Tn R menderita hipertensi ± 4 bulan lalu, tidak pernah minum obat, keluarga tidak mengetahui makanan yang tidak boleh dimakan oleh penderita hipertensi, tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi, Keluarga merasa bingung untuk perawatan keluarga dengan penyakit hipertensi
2	Kemungkinan Msl Dpt Diubah - Mudah - Sebagian - Tdk Dapat	2 1 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan kesehatan BPJS dan fasilitas Yankes dekat dengan rumah. - Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit. Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan kunjungan rumah dan implementasi.

3	Potensial Msl Utk Dicegah -Tinggi -Cukup -Rendah	3 2 1	1	$2/3 \times 1 = 0.6$	Masalah sudah terjadi namun bisa dicegah untuk dampak yang lebih parah dengan penyuluhan
4	Menonjolnya Masalah -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan	2 1 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
Total skor				3.6	

Dx. Kep. : Gangguan Komunikasi Verbal bd Stroke

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
1	Sifat Masalah - Tdk/Kurang Sehat - Ancaman Kes - Keadaan Sejahtera	3 2 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Tn R menderita hipertensi \pm 4 bulan lalu, Tn R merasa sulit bicara karna stroke yang dideitanya 3 bulan lalu.
2	Kemungkinan Msl Dpt Diubah - Mudah - Sebagian - Tdk Dapat	2 1 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	- Masalah dapat diubah karena memiliki jaminan kesehatan BPJS dan fasilitas Yankes dekat dengan rumah. - Sumber daya keluarga dalam keuangan dan tenaga masih memadai sehingga masih memungkinkan untuk merawat Ayah yang sakit. Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam

					melakukan kunjungan rumah dan implementasi
3	Potensial Msl Utk Dicegah -Tinggi -Cukup -Rendah	3 2 1	1	1/3x1 =0.3	Masalah sudah terjadi kepada Tn R
4	Menonjolnya Masalah -Msl Berat Hrs Segera Ditangani -Ada Msl, Tetapi Tidak Perlu Segera Ditangani -Masalah Tidak Dirasakan	2 1 0	1	2/2x1 =1	Keluarga menyadari adanya masalah tetapi tidak menyadari dampak yang dapat ditimbulkan jika dibiarkan
Total skor				3.2	

V. Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas	Diagnosis keperawatan	Skor
1	Defisit Pengetahuan bd kurang terpapar informasi	4.6
2	Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif kompleksitas perawatan/pengobatan	3.6
3	Gangguan Komunikasi Verbal bd Stroke	3.2

B. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Dx. Kep	Tujuan/kriteria	Intervensi	Rasional
1	Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil : 3. Keluarga mampu mengenal masalah d. Perilaku sesuai anjuran meningkat e. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.	2. Edukasi Kesehatan	6. Px mengenali penyakitnya. 7. Px dapat mengetahui fakto yang mempengaruhi kesehatannya

	<p>f. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>4. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>b. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun.</p>		<p>8. Px dapat mengetahui menu makanan yang tepat</p> <p>9. Mengetahui aktivitas yang menunjang kesehatan</p> <p>10. Dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal</p>
2	<p>Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>4. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>b. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</p> <p>5. Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>c. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>6. Keluarga mampu merawat Anggota Keluarga yang sakit</p> <p>a. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat</p> <p>d. Gejala penyakit anggota keluarga menurun</p>	<p>4. Dukungan keluarga merencanakan keperawatan</p> <p>5. Pendampingan keluarga</p> <p>6. Edukasi penyakit</p>	<p>4. Keluarga paham akan rencana perawatan keluarga yang sakit</p> <p>5. Keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk control rutin.</p> <p>6. Keluarga mengerti cara perawatan keluarga yang sakit di rumah</p>

3.	Ekspektasi membaik dengan kriteria hasil : 5. Keluarga Mampu merawat anggota Keluarga yang sakit a. Kemampuan bicara meningkat b. Pelo menurun	5. Promosi komunikasi (deficit bicara) 6. Dukungan kepatuhan program pengobatan 7. Manajemen energi	5. Pasien dapat terlatih untuk berbicara 6. Keluarga dapat mensupport keluarga yang sakit hingga keluarga yang sakit akan semangat untuk sembuh 7. Latihan gerak aktif untuk melatih elastisitas otot
----	---	---	---

C. IMPLEMENTASI

No. tanggal & waktu	Diagnosis keperawatan	Implementasi	Paraf
Senin 05/10/20 18.30	Defisit Pengetahuan bd kurang terpapar informasi	6. Bantu px mengenali penyakitnya (menjelaskan seputar hipertensi, dan stroke) 7. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 8. Menjelaskan menu makanan yang tepat sesuai dengan penyakitnya 9. Menjelaskan aktivitas yang menunjang kesehatan	

<p>Rabu, 07 Oktober 2020</p>	<p>Defisit Pengetahuan bd Kurang Terpapar Informasi</p> <p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif bd kompleksitas perawatan/pengobatan</p> <p>Gangguan komunikasi verbal bd stroke</p>	<p>7. Monitor pola jam tidur</p> <p>8. Lakukan latihan rentang gerak aktif</p> <p>3. Menanyakan apakah sudah memberikan menu makanan yang tepat sesuai dengan penyakit anggota keluarga yang sakit.</p> <p>4. Menanyakan apakah sudah melakukan aktivitas yang menunjang kesehatan</p> <p>4. Mengingatkat keluarga untuk mendampingi mengontrol pola makan,menu makanan dan melakukan perawatan senam wajah untuk latihan otot wajah)</p> <p>1.Beri dukungan psikologis</p> <p>2.Anjurkan bicara perlahan</p> <p>3.Anjurkan keluarga mendampingi pasien selama menjalani program pengobatan.</p> <p>4.Lakukan latihan rentang gerak aktif</p>	
--------------------------------------	--	---	--

D. EVALUASI

Prioritas	No Dx keperawatan	Evaluasi
Senin 05/10/2020 20.30 Deficit pengetahuan	1	<p>S : keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, factor penyebab atau factor resiko, serta penatalaksanaannya. Keluarga mengatakan sudah mengetahui aktivitas yang menunjang kesehatan. Keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan secara optimal</p> <p>O : keluarga mampu mengenal masalah yaitu bisa menjelaskan kembali seputar penyakit ayahnya, factor penyebab, serta penatalaksanaan penyakitnya</p> <p>Td : 160/100mmHg</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2 dilanjutkan</p>
Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	2	<p>S : keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan anggota keluarga yang sakit Keluarga paham akan rencana perawatan keluarga yang sakit dirumah</p> <p>Keluarga mengatakan akan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk control rutin.</p> <p>O : keluarga mampu mengambil keputusan dengan merencanakan pengobatan menggunakan pelayanan kesehatan terdekat dan menjelaskan kembali cara perawatan anggota keluarga yang sakit dirumah.</p> <p>Keluarga mampu mendukung keluarga yang sakit agar cepat pulih</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1 Dilanjutkan</p>

Gangguan komunikasi verbal	3	<p>S : keluarga mengatakan kondisi semakin membaik, bicara sudah mulai sedikit jelas dan pelo berkurang</p> <p>O : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>pasien berbicara agak lancar, sudah mulai terdengar jelas</p> <p>TD : 160.100 mmHg</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1234 dilanjutkan</p>
----------------------------	---	---

Prioritas	No Dx keperawatan	Evaluasi
Kamis 08/10/2020 Deficit pengetahuan	1	<p>S : keluarga mengatakan sudah melakukan perawatan dan aktivitas yang menunjang kesehatan keluarga yang sakit.</p> <p>O : keluarga mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Td : 130/90</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan oleh keluarga dirumah</p>
Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	2	<p>S : keluarga mengatakan sudah menjalani perawatan anggota keluarga sesuai arahan</p> <p>O : keluarga terlihat mampu melakukan perawatan dan aktivitas pendukung kepada keluarga yang sakit</p> <p>Keluarga mendukung keluarga yang sakit agar cepat pulih</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan keluarga dirumah</p>
Gangguan komunikasi verbal	3	<p>S : keluarga mengatakan kondisi semakin membaik, bicara sudah mulai sedikit jelas dan pelo berkurang</p> <p>O : pasien berbicara agak lancar, sudah mulai terdengar jelas</p>

		<p>TD : 130/90</p> <p>A : setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan keluarga dirumah</p>
--	--	--

Lampiran 5

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
RENDAM KAKI AIR HANGAT**



**OLEH :
FITROH NASROWI, S.Kep
NIM.2030038**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2020**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Cara Alternatif Mengontrol Hipertensi
Sub Pokok Bahasan	: Rendam Kaki Air Hangat
Sasaran	: Tn. T dan Keluarga
Hari/tanggal	: Selasa, 06-10-2020
Waktu	: 20 menit
Tempat	: Rumah Tn. T
Penyaji	: Fitroh NAsrowi

A. Tujuan

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit, diharapkan Tn.T dapat memahami tentang rendam kaki menggunakan air hangat.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit, maka diharapkan Tn.T dan keluarga dapat:

- a. Mengikuti proses pendidikan kesehatan dari awal hingga akhir
- b. Mengetahui pengertian dari hipertensi dan rendam kaki air hangat
- c. Mengetahui tujuan dan manfaat rendam kaki air hangat untuk mengontrol hipertensi
- d. Mengetahui cara melakukan rendam kaki air hangat pada diri sendiri

B. Kegiatan Penyuluhan

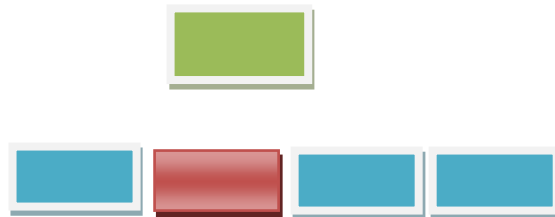
No	Waktu	Kegiatan penyuluhan	Respon Peserta
1	Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menggali pengetahuan Tn.T tentang hipertensi dan cara penatalaksanaannya menggunakan rendam kaki air hangat. 4. Menjelaskan topik dan tujuan penyuluhan 5. Membuat kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menjawab pertanyaan 4. Mendengarkan dan memperhatikan 5. Menyetujui kontrak waktu
2	Kegiatan inti (10 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian hipertensi dan rendam kaki air hangat b. Manfaat rendam kaki air hangat c. Alat dan bahan rendam kaki air hangat d. Prosedur rendam kaki air hangat 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan penjelasan penyuluh 2. Aktif bertanya 3. Mendengarkan
3	Penutup (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi yang disampaikan oleh penyuluh 2. Mengevaluasi peserta atas penjelasan yang telah disampaikan dan penyuluh menanyakan kembali mengenai materi penyuluh 3. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menjawab pertanyaan yang diberikan 3. Menjawab salam

C. Materi (terlampir)**D. Media**

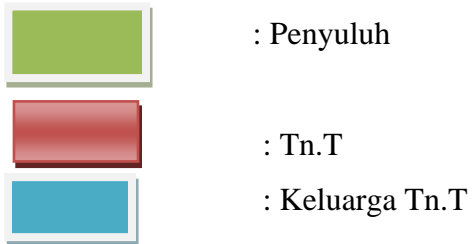
1. Lembar bolak-balik
2. Leaflet

E. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

F. Setting Tempat

Keterangannya:



Evaluasi

1. Evaluasi Stuktur

- a. Satuan penyuluh sudah siap satu hari sebelum dilaksanakannya kegiatan
- b. Alat dan tempat siap sebelum kegiatan dilaksanakan.
- c. Struktur organisasi atau pembagian peran sudah dibentuk sebelum kegiatan dilaksanakan.
- d. Penyuluh sudah siap sebelum kegiatan dilaksanakan.

2. Evaluasi Proses

- a. Alat dan tempat bisa digunakan sesuai rencana.
- b. Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- c. Waktu yang direncanakan sesuai pelaksanaan
- d. Tn.T dan keluarga mau atau bersedia untuk melakukan kegiatan yang telah direncanakan.
- e. Sasaran penyuluhan dan mahasiswa berperan aktif selama kegiatan berjalan

3. Evaluasi Hasil

- a. Pengertian hipertensi dan rendam kaki air hangat
- b. Manfaat rendam kaki air hangat
- c. Alat dan bahan renda kaki air hangat
- d. Prosedur rendam kaki air hangat

G. Pelaksana Penyuluh

Fitroh Nasrowi

H. Sumber

- Destia, D., Umi, A., Priyanto. (2014). *Perbedaan Tekanan Darah Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Hidroterapi Rendam Hangat Pada Penderita Hipertensi di Desa Kebondalem Kecamatan Jambu Kabupaten Semarang. Jurnal STIKES Ngudi Waluyo Ungaran 2014. 4-9.*
- Oktaviana, I. (2011). *Pengaruh hidroterapi hangat pada kaki terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di dusun kalangan pro laok embong. Thesis. UMS.*
- Santoso, D. A. (2015). *Pengaruh terapi rendam kaki air hangat terhadap penurunan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi di wilayah kerja upk puskesmas khatulistiwa kota Pontianak. Naspub*
- WHO. 2015. *Q&As on Hypertension.* (Diakses pada tanggal 4 Desember 2017)

Lampiran 6

RENDAM KAKI AIR HANGAT**A. Definisi Hipertensi dan Rendam Kaki Air Hangat**

1. Definisi hipertensi

Hipertensi menurut *World Health Organization (WHO)* adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg) yang menetap (WHO, 2015).

2. Definisi rendam kaki air hangat

Rendam kaki air hangat adalah salah satu terapi non farmakologis yang mudah dan murah yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Pengobatan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan mengubah gaya hidup yang lebih sehat dan melakukan terapi dengan rendam kaki menggunakan air hangat yang bisa dilakukan setiap saat. Efek rendam kaki air hangat sama dengan berjalan dengan kaki telanjang selama 20-30 menit.

B. Manfaat

Manfaat/efek hangat adalah efek fisik panas/hangat yang dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaiian ke segala arah dan dapat meningkatkan reaksi kimia. Pada jaringan akan terjadi metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh. Efek biologis panas/hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari hangat inilah yang dipergunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan dalam tubuh (Destia, Umi & Priyanto, 2014).

Menurut Susanto (2015), merendam kaki dengan air hangat akan membuat pembuluh darah melebar dan meningkatkan sirkulasi darah. Ini Dapat merelaksasikan seluruh tubuh dan mengurangi kelelahan dari hari yang penuh dengan aktifitas. Menurut Destia, Umi & Priyanto (2014), prinsip kerja terapi

rendam kaki air hangat dengan mempergunakan air hangat yaitu secara konduksi dimana terjadi perpindahan panas/hangat dari air hangat ke dalam tubuh akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan ketegangan otot sehingga dapat melancarkan peredaran darah yang akan mempengaruhi tekanan arteri oleh baroreseptor pada sinus kortikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan impuls yang dibawa serabut saraf yang membawa isyarat dari semua bagian tubuh untuk menginformasikan kepada otak perihal tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ ke pusat saraf simpatis ke medulla sehingga akan merangsang tekanan sistolik yaitu regangan otot ventrikel akan merangsang ventrikel untuk segera berkontraksi.

Pada awal kontraksi, katup aorta dan katup semilunar belum terbuka. Untuk membuka katup aorta, tekanan di dalam ventrikel harus melebihi tekanan katup aorta. Keadaan dimana kontraksi ventrikel mulai terjadi sehingga dengan adanya pelebaran pembuluh darah, aliran darah akan lancar sehingga akan mudah mendorong darah masuk ke jantung sehingga menurunkan tekanan sistoliknya. Pada tekanan diastolik keadaan relaksasi ventrikular isovolemik saat ventrikel berelaksasi, tekanan di dalam ventrikel turun drastis, aliran darah lancar dengan adanya pelebaran pembuluh darah sehingga akan menurunkan tekanan diastolik. Maka dinyatakan ada hubungan yang signifikan antara terapi rendam kaki air hangat dengan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik (Oktaviana, 2011)

C. Alat dan Bahan

1. Baskom/Ember
2. Air hangat
3. Garam
4. Daun Serai
5. Thermometer jika ada
6. Kursi

D. Prosedur

1. Siapkan air hangat dengan maksimal panas 40°C
2. Masukkan air hangat ke dalam baskom, tambahkan sedikit air dingin apabila terlalu panas
3. Masukkan daun Serai dan garam aduk hingga garam terlarut
4. Masukkan kedua kaki ke dalam baskom yang telah terisi air hangat
5. Biarkan kaki direndam selama ± 30 menit
6. Lakukan rendam kaki air hangat secara rutin satu kali setiap hari
7. Ukur tekanan darah secara teratur di pelayanan kesehatan

Lampiran 7

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
RENDAM KAKI AIR HANGAT****1. Pengertian Rendam Kaki Air Hangat**

Rendam kaki air hangat adalah salah satu terapi non farmakologis yang mudah dan murah yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Pengobatan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan mengubah gaya hidup yang lebih sehat dan melakukan terapi dengan rendam kaki menggunakan air hangat yang bisa dilakukan setiap saat. Efek rendam kaki air hangat sama dengan berjalan dengan kaki telanjang selama 20-30 menit.

2. Tujuan

Untuk mengetahui manfaat pemberian rendam kaki air hangat untuk mengatasi hipertensi.

3. Prosedur

Sasaran pemberian rendam kaki air hangat adalah salah satu lansia di RT 03 RW 07 Dusun Kenangasari, Kelurahan Genuk yang mengalami hipertensi. Rendam kaki air hangat dilakukan 2 kali sehari pada pagi hari dan sore hari, yaitu selama 20-30 menit.

4. Alat dan Bahan

- a. Baskom
- b. Garam
- c. Daun serai
- d. Air hangat
- e. Tensi meter
- f. Kursi
- g. Handuk

5. Prosedur

- a. Siapkan Alat & Bahan
- b. Panaskan Air beserta Daun serai
- c. Tuangkan Air Hangat pada Wadah/ baskom
- d. Larutkan garam

- e. Bersihkan kaki
- f. Rendam kaki selama 20-30 menit
- g. Angkat Kaki & keringkan
- h. Lakukan 2 kali dalam sehari pagi dan sore (Oktaviana, 2011)

LEMBAR BALIK RENDAM KAKI DENGAN AIR HANGAT

RENDAM KAKI AIR HANGAT



OLEH:
FITROH NASROWI
NIM.2030038

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA 2020

Apa itu Hipertensi???

Hipertensi menurut *World Health Organization (WHO)* adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg) yang menetap (WHO, 2015).



Manfaat Merendam Kaki Dengan Air Hangat

- Melancarkan Peredaran Darah
- Merilekkan Otot
- Menghilangkan racun dalam tubuh
- Membantu mengurangi stress
- Menurunkan tekanan darah



Apa saja bahan yang di gunakan?

1. Baskom
2. Air hangat
3. Tensimeter
4. Garam/serai (tambahan)




Cara merendam kaki dengan air hangat

1. Siapkan Alat & Bahan
2. Panaskan Air beserta Daun serai
3. Tuangkan Air Hangat pada Wadah/ baskom
4. Larutkan garam/tambahkan serai
5. Bersihkan kaki
6. Rendam kaki selama 20-30 menit
7. Angkat Kaki & keringkan
8. Lakukan 2 kali dalam sehari pagi dan sore



-CARA SANTAI LAWAN HIPERTENSI-



MATUR SUWUN SEMOGA BERMANFAAT



Lampiran 9

LEMBAR BALIK TENTANG HIPERTENSI

MARI KENALI HIPERTENSI



DISUSUN OLEH
FITROH NASROWI
NIM.2030038




PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA 2020

APA ITU HIPERTENSI!



Hipertensi atau yang biasa disebut dengan darah tinggi adalah

Keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi 160/95 mmHg, khususnya pada usia 50 tahun keatas



PENYEBAB HIPERTENSI

↗ Stres



↗ Obesitas



↗ Banyak mengonsumsi makanan yang mengandung garam

↗ Merokok



TANDA DAN GEJALA

@ Sakit kepala



@ Mudah lelah

@ Mata berkunang-kunang




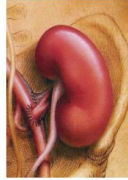

@ Tengkuik terasa pegal



@ Mudah marah



APABILA HIPERTENSI TIDAK DIobati

- Penyakit jantung 
- Gagal ginjal 
- Stroke 

PENCEGAHAN

Olahraga teratur



Mengurangi konsumsi garam



Relaksasi



Pemeriksaan tekanan darah secara teratur



Hindari stres



Tidak merokok



PERAWATAN DIRUMAH

Kurangi konsumsi garam hanya 5 mg perhari



Jika sedang sakit kepala dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan

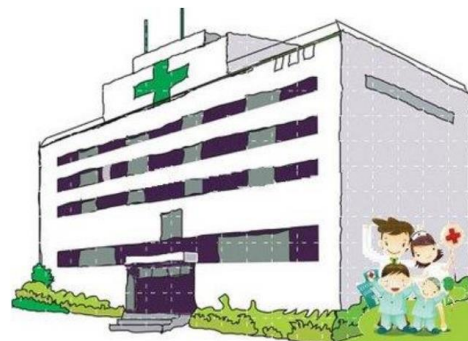
Menciptakan suasana rumah yang tenang dan nyaman

Terapi alternatif perendaman kaki dengan atau tanpa garam

Dukungan dan support keluarga

Rujuk ke pelayanan kesehatan, bila

- Sudah tidak dapat ditangani lagi dirumah
- Sakit kepala yang hebat
- Pusing
- Mata berkunang-kunang
- Tenguk terasa berat, dan
- Kondisi bertambah parah





Thank You!