



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn.B
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
REGIMEN TERAPEUTIK KELUARGA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Mohammad Arofi
NPM 152303101011**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn.B
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
REGIMEN TERAPEUTIK KELUARGA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Mohammad Arofi
NPM 152303101011**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Amanu dan Umiyatun) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Nenek dan kakek tercinta (Soebaedah dan Sujak), kakakku (Farida Mamik Asih) dan Paman dan Bibi (Mistar dan Subaedah) yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk bisa terselesainya tugas akhir ini.
3. Serta seluruh dosen dan staff yang telah mendukung dan memberikan bantuan segala bentuk referensi dan segala fasilitas yang ada, serta kepada petugas perpustakaan yang telah menyediakan berbagai informasi untuk menyelesaikan tugas akhir.
4. Sahabat tercintaku (Dedy Muhammad S, Hari Susanto, Ega muhlasin, Fandi Ahmad K.S.B, dan lain-lainya, Sahabat sepembimbingan tugas akhir (Sisca Nur Rohima, Deryl Wijayanti, Faizah Hartina, Vinna Oktadilla, Avini Maulana dan Rahmad Kurniawan) yang sudah membantu saya dan memberikan dukungan di akhir penulisan tugas akhir ini..

MOTO

Bahwa tiada yang orang dapatkan, kecuali yang ia usahakan, dan bahwa usahanya akan kelihatan nantinya.

(Terjemahan Surat An Najm Ayat 39-40)*

“Jangan terlalu memikirkan masa lalu karena telah pergi dan selesai, dan jangan terlalu memikirkan masa depan hingga dia datang sendiri. Karena jika melakukan yang terbaik dihari ini maka hari esok akan lebih baik.”**

* Puspitasari, R. A. (2011). *Analisis Pengaruh Gender, Tekanan Ketaatan, Kompleksitas Tugas, Dan Pengalaman Terhadap Kinerja Auditor Dalam Pembuatan Audit Judgment*. Semarang: Universitas Ponorogo.

** Sahil, A. (2007). *Indeks Al-Quran: Panduan Mudah Mencari Ayat dan Kata dalam Al-Quran*. Bandung: PT Mizan Pustaka.

PERNYATAAN

Dengan ini saya, yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Mohammad Arofi

NPM : 152303101011

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya berjudul:

“ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan Tn. B yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri.
2. Tidak memuat karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diacu dalam karya tulis ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada tekanan dari siapa pun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 30 Mei 2018

Yang menyatakan,

Mohammad Arofi

NIM. 152303101011

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn.B
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
REGIMEN TERAPEUTIK KELUARGA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN
LUMAJANG TAHUN
2018**

Oleh

Mohammad Arofi
NPM 152303101011

Pembimbing:

Dosen Pembimbing

: Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM

PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan Tn. B yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018” karya Mohammad Arofi telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 30 Mei 2018
Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus
Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,

Ns. Indriana Noor I. S.Kep., M.Kep.
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota I,

Dwi Ocha P. S.KM
NRP. 760017245

Anggota II,

Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S dan Tn. B yang Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018; Mohammad Arofi, 152303101011; 2018; 86 halaman: Jurusan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah secara terus-menerus sehingga melebihi batas normal yaitu dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Hipertensi tidak bisa disembuhkan tapi bisa dikontrol dengan penatalaksanaan diet, minum obat, kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat, dan berolahraga. Kompleksitas dari penatalaksanaan hipertensi akan menyebabkan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga.

Tujuan laporan kasus ini adalah mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan Tn. B yang Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga di wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018 dengan menggunakan 2 partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan wawancara, observasi, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik.

Implementasi yang dilakukan pada kedua klien adalah mendorong klien dengan cara yang tepat dalam kegiatan pengambilan keputusan, membantu pasien mendapatkan akses pada sistem pelayanan kesehatan, memandu klien untuk menggunakan sistem pelayanan, menginformasikan pada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung, memberikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga membuat keputusan terkait klien, membantu keluarga untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang diperlukan untuk mendukung keputusan mereka terhadap perawatan klien.

Dari hasil tersebut didapatkan dari 5 kriteria hasil yang dilakukan ada 3 kriteria hasil yang belum tercapai yaitu mencakup pada kriteria afektif dan psikomotor, sedangkan yang bisa dilakukan pada klien tentang kriteria kognitif. Dikarenakan pada kriteria afektif dan psikomotor harus melibatkan peran anggota keluarga dalam membantu klien untuk memenuhi kebutuhan saat klien sakit, sedangkan disisi lain kepala keluarga tidak ada di rumah ataupun anggota keluarga bekerja. Dari hasil tersebut diharapkan kepada petugas kesehatan bisa melaksanakan kunjungan rutin pada pasien hipertensi. Bagi peneliti lebih lanjut, diharapkan bisa lebih melibatkan kepala keluarga dalam proses edukasi.

SUMMARY

A Family Care to Hypertension Patient of Mr. S and Mr. B with Family Nursing Problem of Management Ineffectiveness of Family Therapeutic Regimen in Authority Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang in 2018. Mohammad Arofi, 152303101011; 2018; 86 pages: Majors of Nursery. Diploma Studies of University of Jember Lumajang.

Hypertension is a continuous rise of blood pressure which exceeds normal limit when the systolic pressure is over 140 mmHg and diastolic pressure is over 90 mmHg. This hypertension is could not be cured, but to be controlled is quite possible under the condition of diet, medicine, blood pressure control to the nearest health service, and sport. The complexity of hypertension would cause the management ineffectiveness on the family therapeutic regimen.

This case report aims to explore the family nursing care of Mr. S and Mr. B who have suffered hypertension under the nursing problem of management ineffectiveness of family therapeutic regimen in the working area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang in 2018 by exerting those two participants. The data collection is obtained by having family nursing care through interviews, observations, documentation studies, and physical checkup.

The implementation of family nursing care on the two clients is able to encourage the clients effectively to make decision, to help the patients to access on the health care system, to guide the patients to use the health care service, to inform the patient about view and alternative solution in appropriate and supporting method, to educate the family's patient to make decision concerning to the client, to help the family getting adequate knowledge, skill and needed equipments to support their decision of client's nursing care.

From the findings, this research indicates that from the five criteria, three of them are not achieved yet including to the affective and psychomotor criterion, while the cognitive criterion works well on the client. Since, the criterion of affective psychomotor invokes the role of family member to help the need of clients during this disease, but on the other hand the patriarch is not home or the family member is working outside. From this situation, it hopes that the health care service could execute routine medical visit and checkup to the patients of hypertension. Also, for the next researchers, to more involve the patriarch during the process of health education.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan Tn. B yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Ibu Ns. Indriana Noor I. S.Kep., M.Kep dan Ibu Dwi Ochta P. S.KM selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 30 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN/ SUMMARY	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI	5
2.1 Konsep Dasar Hipertensi	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Klasifikasi.....	5
2.1.3 Etiologi	6
2.1.4 Patofisiologi.....	7
2.1.5 Manifestasi Klinik	9
2.1.6 Penatalaksanaan	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.8 Komplikasi	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	14
2.2.1 Pengkajian Keluarga	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga	27
2.2.3 Intervensi Keperawatan Keluarga	30
2.2.4 Implementasi Keperawatan Keluarga	34
2.2.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga	35
BAB 3 METODE KEPERAWATAN	40
3.1 Desain Penulisan	40
3.2 Batasan Istilah	40
3.3 Partisipan	41
3.4 Lokasi dan Waktu	41
3.5 Pengumpulan Data	41
3.6 Uji Keabsahan Data	43
3.7 Analisa Data	43
3.8 Etika Penulisan	44

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	45
4.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data	45
4.2 Hasil dan Pembahasan	45
4.2.1 Pengkajian	45
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	71
4.2.4 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif....	75
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	80
5.1 Kesimpulan	80
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	80
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	80
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	81
5.1.4 Implementasi Keperawatan	81
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	81
5.2 Saran	82
5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga	82
5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	87

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Klasifikasi Tekanan Darah.....	6
4.1 Identitas Kepala Keluarga.....	45
4.2 Komposisi Keluarga.....	46
4.3 Tipe Keluarga.....	50
4.4 Suku Bangsa.....	51
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	52
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	52
4.7 Aktivitas Rekreasi.....	53
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga.....	54
4.9 Riwayat Kesehatan Masing-masing Keluarga Lain.....	55
4.10 Pengkajian Lingkungan.....	56
4.11 Struktur Keluarga.....	58
4.12 Fungsi Keluarga.....	59
4.13 Stres dan Koping Keluarga.....	62
4.14 Keadaan Gizi Keluarga.....	63
4.15 Pemeriksaan Fisik Klien.....	64
4.16 Harapan Keluarga.....	65
4.17 Pemeriksaan Fisik Keluarga.....	66
4.18 Analisa Data Diagnosa Pertama.....	67
4.19 Scoring Keluarga 1 diagnosa pertama.....	69
4.20 Scoring Keluarga 2 diagnosa pertama.....	70
4.21 Intervensi Pasien 1.....	71
4.22 Intervensi Pasien 2.....	72
4.23 Catatan Perkembangan (Pasien 1).....	75
4.24 Catatan perkembangan (Pasien 2).....	77

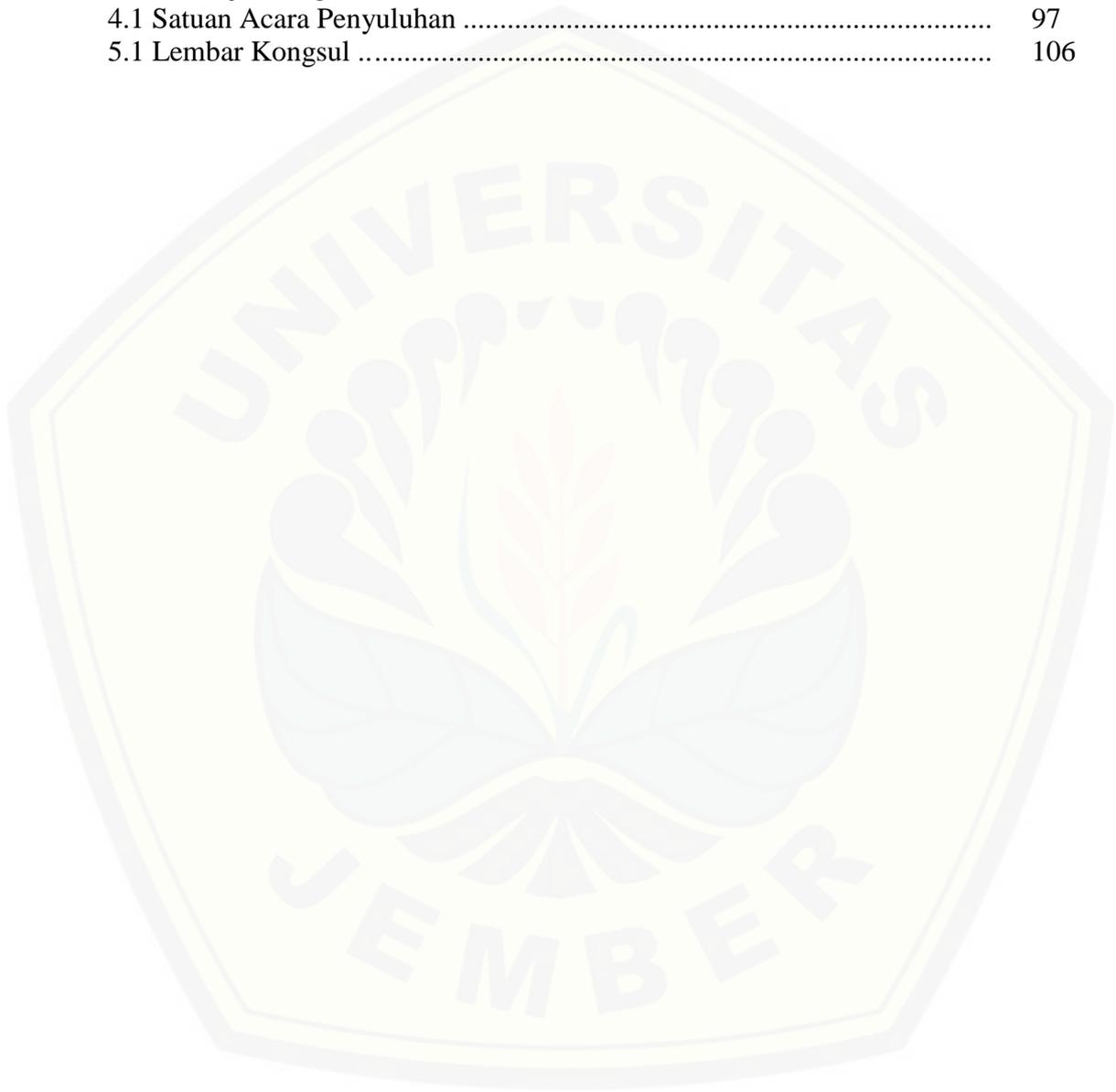
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
4.1 Genogram Keluarga 1	49
4.2 Genogram Keluarga 2	49
4.3 Denah Rumah	57



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Surat Informed Consent	87
3.2 Jadwal Penyelenggaran KTI	89
3.3 Surat Ijin Pengambilan Data	94
4.1 Satuan Acara Penyuluhan	97
5.1 Lembar Kongsul	106



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau darah tinggi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal yaitu dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi sering dikatakan sebagai *Silent Killer*, karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejala terlebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Baik disertai dengan gejala atau tidak, ancaman terhadap kesehatan yang diakibatkan oleh hipertensi terus berlangsung (Paskah, 2015). Hipertensi sering mengakibatkan keadaan yang berbahaya karena keberadaannya sering kali tidak disadari dan kerap tidak menimbulkan keluhan yang berarti, sampai suatu waktu terjadi komplikasi jantung, otak, ginjal, mata, pembuluh darah, resiko terjadinya stroke, atau organ-organ vital lainnya (Susilo, 2011).

Penyakit Hipertensi tahun demi tahun terus mengalami peningkatan. Tidak hanya di Indonesia, namun juga di dunia. Sebanyak 1 milyar orang di dunia atau 1 dari 4 orang dewasa menderita ini. Bahkan, diperkirakan jumlah penderita hipertensi akan meningkat menjadi 1,6 milyar menjelang tahun 2025. Kurang lebih 10-30% penduduk dewasa di hampir semua negara mengalami penyakit hipertensi, dan sekitar 50-60% penduduk dewasa dapat dikategorikan sebagai mayoritas utama yang status kesehatannya akan menjadi lebih baik bila dapat dikontrol tekanan darahnya. (Afdhal, 2012). Prevalensi penderita Hipertensi di Indonesia menurut kelompok umur 55-64 tahun (45,9%), 65-74 (57,6), 75 tahun ke atas (63,8%). Penduduk yang tidak menderita penyakit tidak menular hampir 1,5 kali mempunyai kualitas hidup baik (79,0%) dibandingkan dengan penduduk yang menderita penyakit menular (49,4%). Persentase penduduk yang menyatakan kualitas hidup baik pada golongan umur kurang dari 64 tahun sebanyak (72,2%), sedangkan pada golongan umur lebih dari 64 tahun hanya tinggal sepertiganya (24,5%) (Kemenkes, 2014). Pada daerah Jawa Timur menempati posisi pertama untuk provinsi dengan prevalensi hipertensi

tertinggi yaitu sebesar 37,4% (Depkes, 2011) dalam (Siti, 2012), dan Didaerah Lumajang angka kejadian yang menderita Hipertensi pada laki-laki sebanyak 417 (8,46%), sedangkan pada perempuan sebanyak 1.034 (13,93%) penderita hipertensi. Jadi total keseluruhan yang menderita hipertensi adalah 1.451 (11,75%). (Santoso, 2015). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada bulan Januari tahun 2018 di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman didapatkan jumlah penderita hipertensi pada tahun 2017 adalah 624 orang (Data register poli umum Puskesmas Rogotruman, 2017).

Faktor pemicu terjadinya hipertensi dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor pemicu yang tidak dapat diubah dan faktor pemicu yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi: umur; hipertensi umumnya berkembang pada usia 35-65 tahun, jenis kelamin; hipertensi terjadi umumnya lebih tinggi pada laki-laki, dan ras; kejadian hipertensi pada orang kulit hitam lebih tinggi dibandingkan orang kulit putih. Sedangkan Faktor yang bisa diubah meliputi: obesitas; sebesar 75% kasus hipertensi dengan obesitas ini dipengaruhi oleh curah jantung dan aktivitas saraf simpatis pada organ dengan berat badan berlebih, konsumsi garam berlebihan; peningkatan kadar kalium dan penurunan kadar kalium dapat meningkatkan cairan darah yang nantinya akan menyebabkan peningkatan tekanan darah, dan kebiasaan merokok; akibat zat-zat kimia yang terkandung dalam tembakau dapat terjadi kerusakan pembuluh darah. (Yashinta, Sulastri, & Lestari, 2015).

Meningkatnya tekanan darah seringkali merupakan satu-satunya gejala, pada hipertensi essensial berjalan tanpa gejala dan baru timbul gejala setelah komplikasi pada organ sasaran seperti pada ginjal, mata, otak, dan jantung. Gejala seperti sakit kepala, mimisan, pusing, migrain sering ditemukan sebagai gejala klinis. Pada gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah gangguan penglihatan, gangguan saraf, gagal jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak), yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma. Sebelum bertambah parah dan terjadi komplikasi serius seperti gagal ginjal, serangan jantung, stroke, lakukan pencegahan dan pengendalian hipertensi dengan mengubah gaya hidup dan

pola makan dikarenakan beberapa kasus hipertensi erat kaitannya dengan gaya hidup tidak sehat (Nurhidayat, 2015). Perbaikan gaya hidup, dalam melakukan gaya hidup sehat seorang klien hipertensi perlu mendapatkan dukungan dari keluarga. Selanjutnya bila dalam pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam keluarga, atau pengobatan komplikasi penyakit tidak memuaskan akan memicu timbulnya Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga.

Peran perawat di sini adalah mengidentifikasi individu atau pasien yang akan mendapatkan manfaat dari sistem manajemen kasus (misalnya, tingginya biaya, tingginya volume, dan tingginya risiko), membantu pasien untuk mengklarifikasi nilai dan harapan yang mungkin akan membantu dalam membuat pilihan yang penting dalam hidup, memberikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga untuk membantu mereka membuat keputusan terkait pasien, membantu keluarga untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang diperlukan untuk mendukung keputusan mereka terhadap perawatan pasien (Bulechek, M., K. Butcher, M. Dochterman, & M. Wagner, 2016). Selain klien yang berperan dalam penanganan diri sendiri, ada peran keluarga sesuai dengan 5 tugas keluarga karena keluarga yang meneruskan tindakan keperawatan di rumah dan lebih banyak waktu bersama pasien di rumah sehingga dengan memberdayakan keluarga dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri yang sesuai dengan kondisi pasien.

Dari uraian di atas peneliti mengambil judul Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Ny. J & Ny. M yang mengalami Hipertensi dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018?"

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut "Bagaimana asuhan keperawatan keluarga Tn. S dan Tn. B yang mengalami Hipertensi dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018?"

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga Tn.S dan Tn. B yang mengalami Hipertensi dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan pada tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memberikan pengalaman dan menambah wawasan peneliti terutama tentang asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi, serta dapat menerapkan standart asuhan keperawatan untuk mengembangkan praktik keperawatan dan pemecahan masalah khususnya dalam bidang atau profesi keperawatan.

1.4.2 Bagi Instansi

Sebagai data tambahan dalam ilmu keperawatan khususnya asuhan keperawatan keluarga dan dapat digunakan sebagai informasi tentang gambaran mengenai pasien hipertensi dan asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi di rumah.

1.4.3 Bagi Keluarga

Memberikan manfaat untuk lebih mengenal tentang hipertensi, cara perawatan anggota keluarga yang menderita hipertensi, serta proses penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami hipertensi.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai konsep dasar Hipertensi, Konsep keluarga serta asuhan keperawatan keluarga.

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dengan sistolik >140 mmHg dan distolik > 90 mmHg. Hipertensi terjadi karena memompa darah yang melalui pembuluh darah secara konstan dengan kekuatan yang berlebih. Tekanan darah sistolik terjadi saat jantung memompakan darah ke sirkulasi sistemik, sedangkan tekanan darah diastolik terjadi saat pengisian darah ke jantung. Penyakit ini dikategorikan sebagai the *silent disease* karena penderita tidak mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Hipertensi yang terjadi dalam jangka waktu lama dan terus menerus bisa memicu *stroke*, serangan jantung, gagal jantung dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik (Kesuma, Rudi, & Dian, 2016).

Tekanan darah sangat bervariasi tergantung pada keadaan, akan meningkatkan saat meningkatkan aktivitas fisik, emosi, dan stress, dan turun selama tidur. Oleh karena itu, diagnosis hipertensi dapat ditetapkan dengan pengukuran berulang paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda selama 4-6 minggu. (Arista, 2013).

Hipertensi adalah penyakit yang timbul akibat adanya interaksi berbagai faktor risiko yang dimiliki seseorang. Faktor risiko ini sering dikaitkan dengan perubahan gaya hidup. Gaya hidup yang modern dan berlebihan seperti pola makan yang salah, berat badan yang berlebihan, ditambah dengan kebiasaan buruk seperti mengkonsumsi roko dan alkohol (Idha & Setiawan, 2013).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Pada hakikatnya kriteria klinis hipertensi terbaru untuk menentukan hipertensi umumnya berdasarkan rerata dua tekanan darah atau lebih, yang masing-masing

diukur pada setiap dua atau lebih kunjungan rawat jalan yang berbeda, dalam posisi duduk. Kalsifikasi terbaru menganjurkan kriteria tekanan darah ntuk mendefinisikan tekanan darah normal, pre-hipertensi, hipertensi (stadium I dan II), serta *isolated systolic hypertention* yang sering muncul pada usia lanjut. (Joseph, 2015)

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik, mmHg	Diastolik. mmHg
Normal	<120	Dan <80
Pre-hipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi stadium 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi stadium 2	≥ 160	Atau ≥ 100
<i>Isolated systolic hypertantion</i>	≥ 140	Dan < 90

2.1.3 Etiologi

Etiologi hipertensi menurut klasifikasi yaitu sebagai berikut (Reny, 2014):

a. Hipertensi esensial/primer

Hipertensi yang belum diketahui penyebabnya, akan tetapi diderita oleh 95% orang. Oleh sebab itu, peneliti dan pengobatan lebih ditunjukkan bagi penderita esensial.

Hipertensi primer ini disebabkan oleh faktor berikut ini:

- 1) Faktor keturunan; seorang akan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.
- 2) Ciri perseorangan; pada umur (jika umur bertambah makanan tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- 3) Kebiasaan hidup; kebiasaan yang sering menyebabkan seseorang terkena hipertensi adalah mengkonsumsi garam yang tinggi (> 30g), kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin).

b. Hipertensi Sekunder

- 1) Vaskular renal; yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat konginetal atau aterosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung akan meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung akan meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali normal.
- 2) Feokromositoma; sebuah tumor penghasil epinefrin dikelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder.

2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Ada berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokontriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang

pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Dari semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi, kemudian mengalami perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

Pada meningkatnya tekanan darah seringkali merupakan satu-satunya gejala pada hipertensi esensial berjalan tanpa gejala dan baru timbul gejala setelah komplikasi pada organ sasaran seperti pada ginjal, mata, otak, dan jantung. Gejala seperti sakit kepala, mimisan, pusing, migrain sering ditemukan sebagai gejala klinis.

Pada gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah gangguan penglihatan, gangguan saraf, gagal jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak), yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma, sebelum bertambah parah dan terjadi dan terjadi komplikasi serius seperti gagal ginjal, serangan jantung, stroke, lakukan pencegahan dan pengendalian hipertensi dengan mengubah gaya hidup dan pola makan dikarenakan beberapa kasus hipertensi erat kaitannya dengan gaya hidup tidak sehat. Pada komplikasi yang terkait dengan

masalah keperawatan yang diambil bahwa hubungan stroke dengan hipertensi merupakan suatu tahanan dari pembuluh darah yang memiliki batasan dalam menahan tekanan darah yang datang. Apalagi dalam otak pembuluh darah yang ada termasuk pembuluh darah kecil yang otomatis memiliki tahanan yang juga kecil. Kemudian bila tekanan darah melebihi kemampuan pembuluh darah, maka pembuluh darah ini akan pecah dan selanjutnya akan terjadi stroke hemoragik yang memiliki prognosis yang tidak baik (Nurhidayat, 2015).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala jika ada menunjukkan adanya kerusakan vaskular, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah dan kreatinin).

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apa pun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada etina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien (transien ischemic attack, TIA) yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan (Smeltzer, 2002 dalam Reny, 2014).

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh hipertensi sebagai berikut.

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk.
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh.
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat.

e. Telinga berdenging.

Crowing (2000) dalam Reny (2014) menyebutkan bahwa sebgaaian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia arena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomeulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Novianti, 2006 dalam Reny, 2014).

Tanda dan Gejala lain yang muncul pada Hipertensi:

- a. Pemeriksaan fisik dapat mengungkap bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
- b. Perubahan pada retina disertai dengan hemoragi, eksudat, penyempitan arterioli, dan bintik katun-wol (*cotton-wool spots*) (infarksi kecil), dan papiledema dapat terlihat pada kasus hipertensi berat.
- c. Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang berhubungan dengan sistem organ yang dialiri oleh pembuluh darah yang terganggu.
- d. Penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium adalah dampak yang paling sering terjadi.
- e. Hipertrofi ventrikel kii dapat terjadi; berikutnya akan terjadi gagal jantung.
- f. Perubahan patologis dapat terjadi di ginjal (nokturia dan peningkatan BUN dan kadar kreatinin).
- g. Dapat terjadi gangguan serebrovaskular (stroke atau serangan iskemik trasien, perubahan dalam penglihatan atau kemampuan bicara, pening, kelemahan, jatuh mendadak, atau hemiplegia trasien atau permanen) (Brunner, 2013).

2.1.6 Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolic dibawah 90mmHg dan mengontrol factor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup atau dengan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan farmakologis dan non farmakologis antara lain:

- a. Pengaturan diet
 - b. Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan/atau memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri
 - c. Beberapa diet yang dianjurkan:
 - 1) Rendah garam, diet garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam perhari.
 - 2) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vascular
 - 3) Diet kaya buah dan sayur
 - 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner
- Menurut teori Mangunkusumo, (2009) hipertensi dapat dikendalikan dengan diet rendah garam. Menurut beratnya hipertensi dan kemampuan penderita untuk menjalankan diet, diberikan diet hipertensi rendah garam. Adanya obat-obat diuretic memungkinkan penggunaan natrium makanan yang lebih liberal.

a. Tujuan

Membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada hipertensi.

b. Syarat-syarat

- 1) Cukup kalori, protein, mineral dan vitamin
- 2) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit
- 3) Jumlah natrium yang diperbolehkan disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan atau hipertensi.

c. Macam diit dan indikasi pemberian

Diit rendah garam diberikan kepada penderita dengan oedema dan atau hipertensi, sebagaimana terdapat pada penyakit decompensatio cordis, cirrhosis hepatis, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan dan hipertensi esensiil. Diit ini mengandung cukup zat-zat gizi. Sesuai dengan keadaan penyakit, dapat diberikan sebagai tingkat diit rendah garam.

1) Diit rendah garam I (200-400 mg Na)

Dalam pemasakan tidak ditambahkan garam dapur. Bahan makanan tinggi natrium dihindarkan. Makanan ini diberikan kepada penderita dengan oedema, ascites dan atau hipertensi berat

2) Diit rendah garam II (600-800 mg Na)

Pemberian makanan sehari sama dengan diit rendah garam I. Dalam pemasakan dibolehkan menggunakan $\frac{1}{4}$ sdt garam dapur (1 gram); bahan makanan tinggi natrium dihindarkan. Makanan ini diberikan kepada penderita oedema, ascites dan atau hipertensi tidak terlalu berat.

3) Diit rendah garam III (1000-1200 mg Na)

Pemberian makanan sehari sama dengan diit rendah garam I. Dalam pemasakan dibolehkan menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt (2 gram) garam dapur. Makanan ini diberikan kepada penderita dengan oedema dan atau hipertensi ringan.

d. Cara memilih bahan makanan diit rendah garam

Makanan biasa rata-rata mengandung 2800-6000 mg natrium sehari, yang ekuivalen dengan 7-15 g natrium chloride. Sebagian besar natrium berasal dari garam dapur, selebihnya dari bahan makanan asli. Diit rendah garam membatasi konsumsi garam dapur dan bahan makanan yang mengandung natrium tinggi.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang berikut ini dapat membantu untuk menegakkan diagnosis hipertensi (Kowalak, 2011):

- a. Urinalisis dapat memperlihatkan protein, sedimen, sel darah merah atau sel darah putih yang menunjukkan kemungkinan penyakit renal; keberadaan ketekolamin dalam urine yang berkaitan dengan feokromositoma; atau keberadaan glukosa dalam urine, yang menunjukkan diabetes.
- b. Pemeriksaan laboratorium dapat mengungkapkan kenaikan kadar ureum dan kreatinin serum yang memberi kesan penyakit ginjal atau keadaan hipokalemia yang menunjukkan disfungsi adrenal (hiperaldosteronisme primer)
- c. Hitung darah lengkap dapat mengungkapkan penyebab hipertensi yang lain, seperti polisitemia atau anemia.
- d. Urografi ekskretorik dapat mengungkapkan atrofi renal, menunjukkan penyakit renal yang kronis. Ginjal yang satu lebih kecil daripada yang lain memberi kesan penyakit renal unilateral.
- e. Elektrokardiografi dapat memperlihatkan hiperatrofi ventrikel kiri atau iskemia.
- f. Foto rotgen toraks dapat memperlihatkan kardiomegali.
- g. Elektrokardiografi dapat mengungkapkan hiperatrofi ventrikel kiri

2.1.8 Komplikasi (Aspiani, 2016)

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang mempedarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang dipedarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat

dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.
- e. Kejang dapat terjadi pada wanita preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksiadan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.2.1 Pengkajian Keluarga

Pengkajian yang dapat dilakukan kepada keluarga:

a. Pengkajian Identitas Umum Keluarga

Identitas Kepala Keluarga: meliputi inisial, umur, jenis kelamin, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan nomor telfon.

b. Komposisi keluarga

Secara garis besar komposisi keluarga ada kaitanya dengan hubungan keluarga yang berpengaruh terhadap angka kejadian hipertensi dimana pada teori menjelaskan bahwa hubungan keluarga merupakan suatu yang esensial pada hipertensi, disini

setiap anggota keluarga memberikan dukungan keluarga dalam pengaturan pola kesehatan, kontrol ke pelayanan kesehatan dan bentuk peran penting dalam perawatan ataupun pencegahan kesehatan anggota keluarga (Efendi, 2017).

1) Umur dan Jenis kelamin

Hipertensi biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60% klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg, sedangkan berdasarkan jenis kelamin hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Risiko pada pria dan wanita hampir sama antara usia 55 sampai 74 tahun, kemudian setelah usia 74 tahun wanita berisiko lebih besar (Black, 2014).

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan rendah yang didapatkan sangat berpengaruh besar terhadap hipertensi dikarenakan kurangnya wawasan terhadap kesehatan, menyebabkan cara berfikir yang kurang efektif dalam menanggapi dan menjaga yang ada kaitannya dengan masalah kesehatan (Yuwono, Ridwan, & Hanafi, 2017)

3) Pekerjaan

Pekerjaan diduga berkaitan dengan masalah psikologis ada hubungannya dengan lingkungan kerja. Hampir semua orang mengalami stress dengan pekerjaan mereka karena dipengaruhi oleh tuntutan kerja yang terlalu banyak dan memerlukan tanggung jawab yang sangat besar terhadap pekerjaannya sehingga berfikir terbebani dan memicu terjadinya tekanan darah tinggi (Yuwono, Ridwan, & Hanafi, 2017).

c. Genogram

Genogram merupakan satu jenis model pengukuran mengenai hubungan antara keluarga, dikarenakan genogram dapat menggambarkan status hubungan secara biologis dan antar pribadi anggota keluarga dari berbagai generasi. Didalam suatu genogram mempunyai beberapa hal terpenting terkait pemberian informasi terkait karakteristik, hubungan dan peristiwa-peristiwa yang penting bertujuan untuk memahami atau mengerti hubungan dalam suatu keluarga. Mempermudah untuk mengetahui suatu penyakit yang dialami pasien secara jelas dan sangat erat

hubungannya dengan keturunan. Berdasarkan teori bahwa hipertensi bersifat diturunkan atau genetik, bila individu dengan keluarga mengalami riwayat hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan individu yang tidak ada anggota yang mempunyai riwayat hipertensi (Zaidin, 2009)

d.Type keluarga

Pada type keluarga dibagi bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokan secara tradisional keluarga dikelompokan menjadi dua, sebagai berikut (Suprajitno, 2004):

- 1) Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah,ibu dan anak yang terdiri keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (extended family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

Namun, dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme, pengelompokan tipe keluarga selain kedua di atas berkembang menjadi:

- 1) Keluarga bentukan kembali (dyadic family) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang sekali ditemui sehingga seorang yang telah cerai atau tinggal pasangannya cenderung hidup untuk membesarkan anak-anaknya.
- 2) Orang tua tunggal (single parent family) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau tinggal pasangannya.
- 3) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (the unmarried teenage mother).
- 4) Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (the single adult living alone). Kecenderungan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kelak jika telah menikah.

- 5) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (the non-marital heterosexual cohabiting family). Biasanya dapat dijumpai pada daerah kumuh perkotaan (besar), tetapi pada akhirnya mereka dinikahkan oleh pemerintah daerah (kabupaten atau kota) meski pun usia pasangan tersebut telah tua demi status anak-anaknya.
- 6) Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (gay and lesbian family)

Pada type keluarga tidak ada type khusus yang menyebabkan terkena hipertensi. Disini dikaitkan pada teori yang mengenai peran keluarga harus berperan dalam mengatasi penyakit hipertensi, dikarenakan hipertensi apabila tidak terkontrol, tidak di tangani secara maksimal akan mengakibatkan timbul kembalinya gejala hipertensi biasa disebut kekambuhan hipertensi. Jika penderita hipertensi tidak mencegah dan mengobati penyakit hipertensi secara maksimal, penderita akan beresiko mengalami komplikasi. Diperkirakan dalam lima tahun penderita yang umumnya lebih dari 60 tahun akan mengalami gangguan pada jantung seperti infark miokard dan beresiko mengalami stroke (Suwandi, 2016).

e. Suku bangsa

Budaya ada kaitan dengan kesehatan, akan tetapi bukan pada suku dari budaya melainkan pada budaya yang merujuk pada perilaku klien yang tidak sehat misalnya, pola makan salah, sering merokok dan suka minum-minuman keras (alkohol). Jika mereka melakukan hal yang salah akan beresiko tinggi dua kali lipat terkena hipertensi (Pradono, 2010).

f. Agama dan Kepercayaan (Munawara, 2017)

Pada agama dan kepercayaan dapat mempengaruhi seseorang yang menderita hipertensi. Agama menjadi salah satu pendekatan untuk mengurangi koping kecemasan dan stress. Religiusitas dapat menjadi medikasi terapeutik tanpa memandang agama, ras, dan warna kulit. Berarti terapi ini dapat diberikan pada orang yang menderita hipertensi salah satu bentuk upaya meredakan ketegangan emosional

yang cukup mudah dilakukan adalah dengan terapi relaksasi zikir. Teknik ini berguna untuk meredakan ketegangan emosional, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

g. Status sosial ekonomi keluarga

Teori status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan seluruh anggota keluarga baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga yang lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Pada seseorang yang mengalami penyakit hipertensi dengan tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah, akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Semakin tinggi biaya yang dikeluarkan untuk melakukan diet sedangkan penghasilan yang didapat relatif rendah, maka akan semakin rendah pula kepatuhannya diet (Pradono, 2010).

h. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Pada aktivitas rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga. Penggunaan waktu luang untuk aktivitas seperti berjalan-jalan merupakan salah satu aktivitas rekreasi yang dapat menurunkan tingkat stress pada penderita hipertensi (Khomarun, Nugroho, & Wahyuni, 2014).

i. Riwayat dan Tahapan Perkembangan Keluarga.

1) Tahapan perkembangan keluarga saat ini

Hipertensi dapat terjadi pada usia antara 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60% klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi umumnya terjadi pada orang yang berusia lebih dari 50 tahun, dengan hampir 24% dari semua orang terkena pada usia 80 tahun diantara orang dewasa, pembacaan TDS lebih baik daripada TDD karena merupakan predikto yang lebih baik untuk kemungkinan kejadian di masa depan seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung dan penyakit ginjal (Black, 2014).

Masalah ini dapat menimbulkan terpicunya muncul sakit hipertensi. Jika dalam hal ini dibiarkan terus-menerus akan menimbulkan sebuah masalah, bila timbul masalah seperti ini didalam keluarga akan menimbulkan stress berkepanjangan sehingga telah dijelaskan dalam sebuah teori jika sebuah masalah tidak cepat selesai akan memicu timbulnya hipertensi karena terjadinya penyempitan pada pembuluh darah dan tidak adekuatan aliran darah mengalir ke tubuh sehingga tekanan darah akan tinggi (Pradono, 2010)

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan duvall, ditentukan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan. Tahapan perkembangan keluarga ditentukan oleh usia anak tertua dikeluarga inti.

a) Tahap 5: keluarga dengan remaja

Keluarga dengan remaja atau anak tertua berusia 13 tahun sampai 20 tahun. Tahap ini paling rawan, karena pada tahap ini anak akan mencari identitas diri dalam membentuk kepribadianya, oleh karena itu suri tauladan dari kedua orang tua sangat diperlukan. Komunikasi dan saling pengertian antara kedua orang tua dengan anak perlu dipelihara dan dikembangkan (Ali, 2010).

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah:

- (1) Mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan dengan maturnitas remaja.
- (2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
- (3) Melakukan komunikasi yang terbuka diantara orang tua/anak remaja.

b) Tahap 6: Keluarga dengan anak dewasa (melepas anak)

Keluarga melepas anak ke masyarakat dalam memulai kehidupan sesungguhnya, dalam tahap ini anak akan memulai kehidupan berumah tangga (Padila, 2012). Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:

- (1) Menambahkan anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anak yang telah dewasa.

- (2) Menata kembali hubungan perkawinan
- (3) Menyiapkan datanya proses penuaan termasuk timbulnya masalah kesehatan.

c) Tahap 8 : Keluarga usia lanjut

Lansia bukan suatu penyakit tapi tahap lanjut dari proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress fisik atau psikologis. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah:

- (1) Meningkatkan kehidupan beragama
- (2) Menjaga komunikasi dengan anak, cucu
- (3) Merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu
- (4) Memperhatikan kesehatan masing-masing
- (5) Menyesuaikan diri dengan pendapatan
- (6) Menghadapi kehilangan
- (7) Menemukan makna hidup

2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap ini ditentukan sampai dimana tugas perkembangan yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya

3) Riwayat kesehatan keluarga (Zaidin, 2009)

a) Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti / masing-masing anggota keluarga, melakukan upaya pencegahan, serta pengobatan pada anggota keluargayang sakit, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

b) Riwayat penyakit keturunan

Menjelaskan mengenai kesehatan keluarga kedua orang tua. Pada orang yang memiliki riwayat anggota keluarga dengan penyakit hipertensi maka akan memiliki risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi, hal ini dapat terjadi jika pola hidup yang tidak sehat.

j. Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dapat ditulis sebagai berikut:

(1) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Mengkaji mengenai sumber pelayanan kesehatan yang digunakan atau dimanfaatkan oleh anggota keluarga yang sakit. Menurut Mulyati, Yetti, & dkk, (2013), ada beberapa alasan interaksi antara petugas pelayanan kesehatan dengan pasien yang menyebabkan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik baik dalam terapi obat-obatan maupun dietnya. Hal ini terjadi jika interaksi yang terlalu singkat, terlalu bersikap formal, terlalu mengontrol atau adanya ketidakpuasan pasien dalam perawatan.

(2) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Pada riwayat kesehatan tidak ditemukan adanya anggota keluarga yang memiliki sakit kronis.

k. Pengkajian Lingkungan.

1) Karakteristik rumah

Teori untuk karakteristik rumah sehat merupakan tempat berlindung/bernaung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik rohani maupun sosial. Serta persyaratan rumah sehat pada bahan bangunan harus tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan bahan yang dapat membahayakan kesehatan dan jangan sampai bahan yang dapat memicu timbulnya bakteri. Dalam pencahayaan alam atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan dengan intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata. Ventilasi luas lubang alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai (Rahmah, 2015).

2) Karakteristik tetangga dan komunitasnya.

Karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yaitu tempat keluarga bertempat tinggal, meliputi, seperti lingkungan fisik, nilai, atau norma serta aturan atau kesepakatan penduduk setempat, dan budaya setempat yang memengaruhi kesehatan (Suprajitno, 2004). Menurut penelitian bahwa hasil penelitian yang dilakukan oleh Lita, (2017) menunjukkan bahwa mayoritas pasien hipertensi dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor yang dapat dimodifikasi seperti stress. Stress mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap tingkat kejadian hipertensi

3) Mobilitas geografis keluarga

Menggambarkan mobilitas keluarga dan anggota keluarga. Mungkin keluarga sering berpindah tempat atau anggota keluarga yang tinggal jauh dan sering berkunjung pada keluarga yang dibina (Suprajitno, 2004).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya (Suprajitno, 2004)

5) Sistem pendukung keluarga

Yaitu jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas keluarga yang menunjang kesehatan (askes, jamsostek, kartu sehat, asuransi, atau yang lain). Fasilitas fisik yang dimiliki anggota keluarga (peralatan kesehatan), dukungan psikologis anggota keluarga atau masyarakat, dan fasilitas social yang ada disekitar keluarga yang dapat digunakan untuk meningkatkan upaya kesehatan (Suprajitno, 2004). Pada hakikatnya dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan bagi anggota keluarga yang sakit. Keluarga bisa menjadi motivator kuat yang selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan dan berusaha membantu dalam mengatasi segala permasalahan secara bersama-sama (Fajriyah, Abdulla, & Amrullah, 2016).

1. Denah rumah

m. Struktur keluarga

1) Pola atau cara komunikasi keluarga

Menjelaskan bagaimana cara keluarga berkomunikasi, siapa pengambil keputusan utama dan bagaimana peran anggota keluarga dalam menciptakan komunikasi. Perlu dijelaskan pula hal-hal apa saja yang juga memengaruhi komunikasi keluarga (Suprajitno, 2004). Jika dalam komunikasi itu baik maka akan meningkatkan keakraban antara anggota keluarga dengan penderita hipertensi, sehingga membuat penderita mendapatkan kepuasan tersendiri dalam menjalani terapi pengobatan (Fajriyah, Abdulla, & Amrullah, 2016).

a) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan kemampuan keluarga untuk memengaruhi dan mengendalikan anggota keluarga untuk mengubah perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Suprajitno, 2004).

b) Struktur peran

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga secara formal maupun informal baik di keluarga maupun masyarakat (Suprajitno, 2004).

c) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai atau norma yang dipelajari dan dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Suprajitno, 2004).

n. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Fungsi ini berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim positif. Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Jika keluarga sudah berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif (Kaakinen, 2010)

2) Fungsi sosial

Fungsi ini menjelaskan tentang hubungan anggota keluarga, keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialiasasi. Anggota keluarga harus belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dengan keluarga (Kaakinen, 2010)

3) Fungsi perawatan keluarga

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas keluarga. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan tentang pengobatan yang dapat mereka terima sehingga tidak akan terjadi ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik(Ali, 2010).

4) Fungsi reproduksi

Pada fungsi ini menjelaskan tentang bagaimana rencana keluarga memiliki dan upaya pengendalian jumlah anggota keluarga, perlu juga diuraikan bagaimana keluarga menjelaskan kepada anggota keluarga tentang pendidikan seks yang dini dan benar kepada anggota keluarganya, dan untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumberdaya manusia (Gama, Sarmadi, & dkk, 2014).

5) Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, perumahan dan lain-lain serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga (Ali, 2010). Pada seseorang yang mengalami penyakit hipertensi dengan tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah maka akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan penyakit. Semakin tinggi biaya yang dikeluarkan untuk melakukan diet sedangkan penghasilan yang didapat relatif rendah, maka akan semakin rendah pula ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik (Priambodo, 2010).

o. Stress Dan Koping keluarga

Teori mengatakan bahwa ada kaitanya stress dengan hipertensi, dimana stress dapat juga meningkatkan aktivitas saraf simpatis yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap yang berarti semakin stress seseorang akan semakin tinggi tekanan darahnya (Suprajitno, 2004)

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian lebih kurang 6 bulan.

2) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian lebih dari 6 bulan

3) Respon keluarga terhadap situasi

Mengkaji sejauh mana sekeluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

4) Strategi koping, Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

5) Strategi adaptasi disfungsional, (perilaku keluargayang tidak adaptif) ketika keluarga menghadap masalah.

p. Keadaan gizi

Diet menurut teori merupakan salah satu strategi non farmakologi yang efektif, tapi merubah dan mempertahankan perilaku tidak mudah karena tanggung jawab besar dari kepatuhan diet tergantung pada pasien dan perawatan diri adalah penting untuk mengontrol tekanan darah. Bukti menunjukkan bahwa intervensi untuk mengubah perilaku untuk mengontrol tekanan darah dianggap sebagai biaya investasi yang efektif dalam kesehatan. Kepatuhan diet adalah tindakan seumur hidup pada pasien hipertensi, dan keinginan internal dan godaan berperan sebagai penghalang pada masalah ini. Untuk itu dibutuhkan komitmen yang kuat untk mempertahankan perilaku kepatuhan diet dari tiap individu. (Fatmi, Tahlil, & Mulyadi, 2017).

q. Pengkajian klien dengan hipertensi (Black, 2014)

- 1) Riwayat hipertensi keluarga, penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, hiperlipidemia atau penyakit renal, merokok, stress, obesitas atau gaya hidup yang kurang gerak.
- 2) Riwayat seluruh obat yang diresepkan dan obat bebas serta kepatuhan klien yang sebenarnya terkait dalam meminum obat
- 3) Riwayat semua penyaki / trauma pada organ sasaran
- 4) Hasil dan efek samping dari terapi antihipertensi sebelumnya
- 5) Riwayat atau kenaikan suatu berat badan, olahraga, asupan natrium, penggunaan minuman alkohol dan merokok
- 6) Faktor-faktor psikososial dan lingkungan seperti stress emosional, praktik budaya makan, status ekonomi yang mempengaruhi terhadap kontrol tekanan darah.

r. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien hipertensi mencakup penentuan akurat tekanan darah serta evaluasi pada organ sasaran: (Black, 2014)

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan berat badan
- 2) Pemeriksaan funduskopi untuk penyempitan arteri retinal, hemoragik, eksudat dan papilledema.
- 3) Pemeriksaan leher untuk distensi vena, bruitkarotis dan pembesaran tiroid
- 4) Auskultasi jantung untuk meningkatkan denyut jantung, disritmia pembesaran, murmur.
- 5) Pemeriksaan perut untuk bruit, dilatasi aorta dan pembesaran ginjal.
- 6) Pemeriksaan pada ekstermitas untuk menghilangnya atau tidak derajat denyut perifer, edema dan ketidaksamaan denyut bilateral.

s. Harapan keluarga

Harapan Keluarga disini mencakup Terhadap masalah kesehatan dan Terhadap petugas kesehatan yang ada. Berdasarkan teori bahwa petugas kesehatan sangat penting bagi penderita hipertensi, dimana peran petugas adalah sebagai

pengelola penderita sebab petugas merupakan yang sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis menjadi lebih baik (Novian, 2013)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan yang akan berhubungan dengan etiologi yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada PES dimana untuk problem digunakan rumusan NANDA, E adalah etiologi yaitu berhubungan dengan 5 Tugas Kesehatan Keluarga, dan S adalah tanda/*sign* (Kaakinen, 2010).

Tipologi diagnosa keperawatan keluarga dibedakan menjadi tiga sekelompok, yaitu:

- 1) Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
- 2) Diagnosis risiko/risiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
- 3) Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan. Khusus untuk diagnosa keperawatan potensial (sejahtera) boleh tidak menggunakan etiologi (Gusti, 2013).

Diagnosis keperawatan keluarga terdiri dari tiga komponen, yaitu masalah, etiologi, serta tanda dan gejala.

a) Problem/Masalah

Merupakan suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga. Problem atau masalah digunakan rumusan NANDA (Padila, 2012). Dalam laporan kasus ini masalah keperawatan yang diambil adalah ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik.

Toksonomi NANDA-I, Diagnosa Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga

Domain : Promosi Kesehatan

Kelas 2 : Manajemen Kesehatan

Kode diagnosa: 00080

Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuealanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu

b) Etiologi

Etiologi untuk diagnosis keperawatan keluarga adalah salah satu dari lima tugas keluarga yang paling dominan menyebabkan masalah keperawatan tersebut. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan adalah kemampuan mengenal masalah kesehatan, kemampuan mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan untuk keluarga agar tetap sehat dan optimal, kemampuan memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia di lingkungan.

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan atau etiologi dari diagnosa keperawatan keluarga adalah adanya: ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, kesalahan persepsi), ketidakmampuan (sikap dan motivasi), dan ketidakmauan (kurangnya keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik dan psikologis) (Gusti, 2013).

c) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada dignosa keperawatan keluarga merupakan gabungan dari batasan karakteristik dan tanda ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan 5 tugas keluarga meliputi mengenal,

memutuskan, merawat, memodifikasi, dan menggunakan sumber di masyarakat (fasilitas kesehatan) (Wilkinson, 2015).

Batasan karakteristik ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga meliputi:

- (a) Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga
 - (b) Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko
 - (c) kesulitan dengan regimen yang ditetapkan
 - (d) ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan
 - (e) kurang perhatian terhadap penyakit
- d) Menentukan prioritas masalah keperawatan keluarga
- Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini :
- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari satu
 - 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
 - 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
 - 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda-beda
 - 5) Waktu yang dimiliki terbatas
 - 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut (Padila, 2012).
- e) Perencanaan prioritas diagnosa keperawatan
- Penentuan prioritas sesuai dengan kriteria skala:
- 1) Untuk kriteria pertama, prioritas utama diberikan pada keluarga kurang sehat karena perlu tindakan segera dan biasanya disadari oleh keluarga.
 - 2) Untuk kriteria kedua perlu diperhatikan:
 - a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi, dan tindakan untuk menangani masalah.
 - b) Sumber daya keluarga: fisik, keuangan, tenaga.
 - c) Sumber daya perawat: pengetahuan, keterampilan, waktu.
 - d) Sumber daya lingkungan: fasilitas, organisasi, dan lingkungan.

- 3) Untuk kriteria ketiga perlu diperhatikan:
 - a) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - b) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu.
 - c) Tindakan yang sedang dijalankan atau yang tepat untuk memperbaiki masalah.
 - d) Adanya kelompok yang berisiko untuk dicegah agar tidak aktual atau menjadi parah.
- 4) Untuk kriteria keempat, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga menilai masalah keperawatan tersebut.
- 5) Penyusunan prioritas diagnosa keperawatan
Prioritas didasarkan pada diagnosa keperawatan yang mempunyai skor tertinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah. Namun perawat perlu mempertimbangkan juga persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan mana yang perlu di atasi atau ditangani dengan segera.

2.2.3 Intervensi Keperawatan Keluarga

Setelah diagnosa keperawatan ditetapkan, langkah berikutnya adalah perumusan rencana asuhan keperawatan. Rencana asuhan keperawatan merupakan kesimpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan masalah/diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan (Zaidin, 2009).

a. Syarat rencana asuhan keperawatan

Rencana keperawatan yang baik harus memenuhi beberapa syarat berikut ini:

- 1) Rencana asuhan keperawatan harus berdasarkan pada masalah yang telah disusun dengan jelas dan benar.
- 2) Rencana tersebut harus realistis, dan dapat dilaksanakan (ada sarana, metodologi, dan sumber daya manusianya).
- 3) Rencana harus sesuai dengan falsafah dan tujuan serta kebijaksanaan pemerintah dan institusi layanan kesehatan tersebut.
- 4) Rencana asuhan keperawatan dibuat bersama dengan keluarga karena keluarga sebagai objek dan subjek pelayanan. Keikutsertaan keluarga

terutama dalam menentukan kebutuhan kesehatan dan masalah kesehatan, menentukan prioritas, memilih tindakan yang tepat, mengimplementasikan, mengevaluasi hasil tindakan.

- 5) Rencana dibuat secara tertulis agar dapat ditindaklanjuti oleh orang lain secara berkesinambungan dan mudah dievaluasi.
- 6) Intervensi difokuskan pada tindakan yang dapat mencegah masalah meringankan masalah yang sedang dihadapi.
- 7) Intervensi dilaksanakan berdasarkan pada proses yang sistematis.
- 8) Intervensi terkait dengan masa yang akan datang dan masa yang lalu.
- 9) Intervensi terkait dengan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya.

b. Penetapan tujuan (Gusti, 2013)

1) Tujuan umum

Menekankan pada perubahan perilaku yang mengarah pada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan untuk mengatasi problem NANDA. Dalam masalah ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik, tujuan umum adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dapat di atasi.

2) Tujuan Khusus

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupannya (mengatasi 5 tugas kesehatan keluarga). Dalam masalah Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik ini, tujuan khusus adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :

- a) Keluarga mampu mengidentifikasi tentang diit hipertensi.
- b) Keluarga mampu menyebutkan program terapi yang dilaksanakan.
- c) Keluarga mau mendukung klien untuk melakukan pemeriksaan rutin, olahraga, dan mengatur diit.
- d) Keluarga mampu menyediakan diit yang sesuai untuk klien.
- e) Keluarga mampu menjadi pengawas minum obat klien.

3) Penetapan kriteria dan standard

a) Kriteria

Adalah gambaran faktor petunjuk tercapainya tujuan dalam tiga domain kognitif pengetahuan, sikap, dan psikomotor.

b) Standart

Merupakan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan sebenarnya yang berfokus pada keluarga, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan diukur, realistik, dan ditentukan oleh perawat serta keluarga. Dalam masalah Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik ini diharapkan Keluarga dapat mendemonstrasikan, menjelaskan, menunjukkan cara mengurangi dan mencegah dengan cara :

- (1) Keluarga mampu mengenal tentang proses penyakit
- (2) Keluarga mengetahui tentang regimen pengobatan
- (3) Keluarga mengetahui pengetahuan terhadap regimen pengobatan
- (4) Keluarga mengenal sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga

c. Perencanaan Keperawatan

- 1) Identifikasi individu atau pasien yang akan mendapatkan manfaat dari sistim manajemen kasus (misalnya,tingginya biaya, tingginya volume, dan/atau tingginya risiko).
- 2) Jelaskan fungsi manajer kasus bagi pasien dan keluarga
- 3) Menggunakan sistem komunikasi yang efektif pada pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.
- 4) Kaji status kesehatan fisik, status mental, kemampuan fungsional, sistem dukungan formal dan informal, sumber daya keuangan, dan kondisi lingkungan, sesuai dengan yang diperlukan.
- 5) Mengkaji rencana pelayanan dengan mendapatkan masukan dari pasien dan keluarga.

- 6) Diskusikan rencana perawatan dan hasil yang diharapkan bersama dokter pasien.
- 7) Dorong pasien dengan cara yang tepat dalam kegiatan pengambilan keputusan keluarga.
- 8) Bantu pasien dan/atau untuk mendapatkan akses pada sistem pelayanan kesehatan.
- 9) Pandu pasien dan / atau keluarga untuk menggunakan sistem pelayanan kesehatan.
- 10) Bangun hubungan terapeutik yang didasarkan pada saling percaya dan saling menghormati.
- 11) Informasikan pada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung .
- 12) Dukung keluarga untuk meningkatkan hubungan yang positif
- 13) Berikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga untuk membantu mereka membuat keputusan terkait pasien.
- 14) Bantu keluarga untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang diperlukan untuk mendukung keputusan mereka terhadap perawatan pasien.
- 15) Berikan pendidikan dan informasi
- 16) Jelaskan sistem perawatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/ keluarga.
- 17) Bantu pasien atau keluarga untu berkoordinasi dan mengkomunikasikan perawatan kesehatan.
- 18) Bantu pasien atau keluarga memilih profesional perawatan kesehatan yang tepat.
- 19) Anjurkan pasien mengenai jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis pelayanan kesehatan (misalnya, perawatan spesialis , terapis fisik , dan lain-lain).
- 20) Dorong konsultasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya, dengan tepat.

- 21) Kaji ulang riwayat kesehatan masa lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, diagnosa keperawatan serta perawatannya.
- 22) Identifikasi adanya sumber-sumber agensi untuk membantu menurunkan faktor risiko
- 23) Identifikasi risiko biologis, lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik.
- 24) Pertimbangkan sumber-sumber di komunitas yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- 25) Instruksikan faktor risiko dan rencana untuk mengurangi faktor risiko.
- 26) Implementasikan aktivitas-aktivitas pengurangan risiko.
- 27) Rencanakan monitor risiko kesehatan dalam jangka panjang.
- 28) Anjurkan untuk pada tingkat pemahaman yang ditunjukkan tentang diet yang diprogramkan.
- (29) Memberikan tingkat pemahaman tentang program terapi tertentu
- (30) Kemampuan untuk memberikan obat oral dan topikal guna mencapai tujuan terapeutik secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- (31) Kemampuan untuk memberikan medikasi parenteral untuk mencapai tujuan terapeutik secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- (32) Tindakan pribadi untuk meminimalkan persepsi perubahan negatif pada fungsi fisik dan emosi

2.2.4 Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga serta mengikut sertakan untuk memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memungkinkan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Gusti, 2013).

Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara :
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan dengan seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :
 - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

2.2.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi adalah suatu proses menilai diagnosis keperawatan keluarga yang teratasi, teratasi sebagian, atau timbul masalah baru. Melalui kegiatan evaluasi ini dapat menilai pencapaian tujuan yang diharapkan dan tujuan yang telah dicapai oleh keluarga. Bila tercapai sebagian atau timbul masalah keperawatan baru, kita perlu

melakukan pengkajian lebih lanjut, memodifikasi rencana, atau mengganti dengan rencana yang lebih sesuai dengan kemampuan keluarga (Padila, 2012)

a. Tahapan Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif dan formatif.

b. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga.

c. Evaluasi Akhir (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi (Gusti, 2013).

Pada asuhan keperawatan keluarga pada evaluasi diharapkan klien dan keluarga diharapkan sebagai berikut: keluarga mampu mengenal tentang proses penyakit, keluarga mengetahui tentang regimen pengobatan, keluarga mengetahui pengetahuan terhadap regimen pengobatan, keluarga mengenal sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga.

BAB 3 METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus.

3.1 Desain Penulisan

Desain penelitian adalah rencana atau suatu rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai ancar-ancar yang akan dilaksanakan.

Desain penelitian ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci bertujuan untuk peningkatan capaian pengobatan (Arikunto, 2014).

Pada desain penelitian ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi dengan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah:

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu penatalaksanaan keperawatan dalam melakukan tindakan dalam lingkungan keluarga yang melalui beberapa proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan intervensi, implementasi dan evaluasi dengan melakukan pendekatan pada anggota keluarga terhadap 2 (dua) keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita hipertensi dan mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Tahun 2018.

3.2.2 Hipertensi

Yang dimaksud anggota keluarga dengan hipertensi pada laporan kasus ini adalah anggota keluarga yang diidagnosa hipertensi dalam rekam medis Puskesmas Rogotruman Lumajang tahun 2018

3.2.3 Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga

Adalah keluarga yang menjalani suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu, ditandai dengan adanya 2 dari batasan karakteristik berikut: Kegagalan melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, kegagalan memasukan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari, kesulitan dengan regimen yang diprogramkan, dan pilihan yang tidak efektif dalam hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam menyusun studi kasus adalah 2 (dua) keluarga yang memenuhi kriteria berikut:

3.3.1 Keluarga klien berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang

3.3.2 Memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi

3.3.3 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*.

3.3.4 Mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga sesuai batasan istilah..

3.4 Lokasi dan Waktu

Laporan kasus ini dilakukan di Desa Denok pada tanggal 11-15 Februari 2018, dilaksanakan asuhan keperawatan keluarga selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu ke rumah klien yang mengalami Hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang tahun 2018.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses Pengumpulan Data

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulis kepada coordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data (Lampiran 2: informed consent, lampiran 3: surat permohonan ijin pengambilan data, lampiran 4: surat ijin

penyusunan karya tulis ilmiah). Setelah mendapatkan ijin, penulis melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai Badan yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Ijin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari 8 tembusan (Lampiran 5: Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol).

3.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada klien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi klien biasanya juga disebut anamnesa. Anamnesa pada keluarga yang memiliki Hipertensi meliputi: identitas klien, komposisi keluarga, genogram, type keluarga, suku bangsa, agama dan kepercayaan, status sosial ekonomi, aktivitas rekreasi, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, riwayat kesehatan masing-masing keluarga, pengkajian lingkungan, denah rumah, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan coping keluarga, keadaan gizi keluarga, pemeriksaan fisik klien, harapan keluarga, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga.. Wawancara dilakukan untuk mengetahui klien yang tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg, gangguan serebrovaskuler (perubahan dalam penglihatan atau kemampuan bicara, pusing, kelemahan, jatuh mendadak, tanda hemiplegia, kesulitan dengan regimen yang diprogramkan, kegagalan memasukan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari.

b. Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien Hipertensi. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan yaitu tentang bagaimana kondisi lingkungan, pengaturan tata ruang, peran antar keluarga berkaitan dengan 5 tugas perkembangan keluarga

c. Studi dokumentasi

Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri rekam medik di Poli umum Puskesmas Rogotruman Lumajang.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien dan anggota keluarga, secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal dengan head to toe. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dari klien hipertensi dimaksudkan untuk mengetahui Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian, disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden peneliti dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. (Hidayat, 2012)

3.8.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor, atau kode pada lembar pengumpulan data. (Hidayat, 2012)

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah respon akan dijamin kerahasiaan oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan hasil penelitian (Hidayat, 2012).

BAB 5 PENUTUP

Berdasarkan data yang diperoleh tentang Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Mengalami Hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik di wilayah kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang tahun 2018, dengan ini penulis akan menyimpulkan dari masalah sehingga menjadi saran untuk perbaikan Asuhan Keperawatan Keluarga dimasa yang akan datang.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Type keluarga dari kedua klien tersebut yaitu pada keluarga Tn. S *Nuclear family*, sedangkan pada keluarga Tn. B *Extended Family*, anggota keluarga terdiri dari 4 orang dalam satu rumah. Keluarga berada pada tahap perkembangan klien 1 berada ditahap perkembangan keluarga dengan anak remaja dan klien 2 berada ditahap perkembangan keluarga dengan melepas anak, dan pada riwayat kedua keluarga mempunyai riwayat menderita hipertensi. Data yang muncul pada kedua keluarga adalah adanya gejala dan perawatan atau aktivitas perilaku yang mengarah kepada ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga, seperti keluarga mengatakan Periksa ke pelayanan kesehatan jika mengalami masalah kesehatan yang terasa parah, keluarga mengatakan klien kurang perhatian terhadap penyakitnya ditandai dengan ketidakpatuhan pada diit yang dianjurkan, klien mengatakan kesulitan dalam pengobatan yang ditetapkan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua klien yaitu Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga, dengan etiologi ketidaktahuan keluarga mengenal penatalaksanaan program.

Batasan karakteristik yang terdapat pada kedua pasien juga sesuai teori penegakan diagnosa keperawatan yang ada pada buku Wilkinson (2011). Selain itu terdapat diagnose keperawatan lain yang muncul pada kedua pasien yaitu

Intoleransi Aktivitas, ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik, dan potensial terjaganya pengaturan diet pada klien pertama sedangkan pada klien kedua potensial terkontrolnya tekanan darah dalam batas normal.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dari intervensi yang disusun pada keluarga Tn.S dan Tn.B, ada 5 kriteria hasil yang digunakan. Untuk intervensi, dari 32 intervensi yang ada, 9 intervensi tidak direncanakan dikarenakan saat pengkajian tidak ada tenaga kesehatan yang lain misalnya dokter, tidak adanya jenis pelayanan kesehatan misalnya; perawatan spesialis dan terapis fisik, untuk memonitor risiko kesehatan dalam jangka panjang kedua keluarga anggotanya jarang berada dirumah, dan pada memberikan medikasi parenteral disini asuhan keperawatan keluarga, jadi keterbatasan alat.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Dari implementasi yang dilakukan pada keluarga Tn.S dan Tn.B, ada 5 kriteria hasil yang digunakan. Untuk implementasi, yang tidak dilakukan pada keluarga Ny. J dan Ny.M adalah bantu pasien atau keluarga memilih profesional perawatan kesehatan yang tepat dikarenakan di daerah kedua klien tidak ada pelayanan kesehatan yang perawatan profesional. Pada saat memberikan implementasi tentang membantu keluarga untuk mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan alat yang diperlukan untuk mendukung keputusan mereka terhadap perawatan pasien, kepala keluarga tidak berada di rumah. Jadi dilanjutkan implementasi yang tidak dilaksanakan pada kunjungan kedua pada kunjungan ketiga.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan keluarga, dari 5 kriteria hasil yang dilakukan ada 3 kriteria hasil yang belum tercapai yaitu mencakup pada kriteria afektif dan psikomotor, sedangkan yang bisa dilakukan pada klien tentang kriteria kognitif. Dikarenakan pada kriteria afektif dan psikomotor harus melibatkan peran anggota keluarga dalam membantu klien untuk memenuhi kebutuhan saat klien sakit,

sedangkan disisi lain kepala keluarga tidak ada di rumah ataupun anggota keluarga bekerja , sementara untuk keluarga klien 2 anggota keluarga yang di rumah ada seseorang nenek usia 80 tahun yang sudah lansia dan seseorang anak yang masih sekolah. Jadi anggota keluarga klien 2 kurang banyak diharapkan untuk mendukung klien, sedangkan disini peran dari kedua anggota keluarga klien lebih mengutamakan mencari nafkah dalam memenuhi kehidupannya.

Tujuan belum tercapai dikarenakan kedua anggota keluarga jarang berada di rumah, yang tercapai hanya kognitif. Yang belum tercapai yaitu tentang kriteria afektif dan psikomotor, dikarenakan anggota keluarga jarang berada di rumah jadi tidak bisa dilaksanakan. Klien bisa hanya bisa melaksanakan program terapi di rumah minum obat saja, tanpa diawasi oleh anggota keluarga.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Klien dan keluarga dapat mengetahui dan menerapkan tindakan perawatan dirumah pada klien yang mengalami hipertensi. Baik melakukan terapi diit terhadap makanan serta melakukan olahraga setiap hari dengan rutin. Perlu dukungan serta motivasi dari keluarga agar klien dapat melakukan secara mandiri.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Keluarga diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan lebih dari 1 minggu dengan cara memperpanjang jarak antara kunjungan 1 dan 2 sehingga kunjungan ketiga sampai pada batas minggu yang diindikasikan tidak terjadi ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik.

DAFTAR PUSTAKA

- Afdhal, R. (2012). Perbedaan Pengaruh Pemberian Seduhan Daun Alpukat (persea gratissima gaeth) Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Laki-laki yang perokok dengan Bukan Perokok Diwilayah Puskesmas Padang Pasirian Kota Padang . *Penelitian Keperawatan Medikal Bedah* , 2 dan 3.
- Agnesia, N. K. (2012). *Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Kabongan Kidul, Kabupaten Rembang*. 27.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Arif, M. (2012). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular dan hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arista, N. (2013). *Kepatuhan Diet Pasien Hipertensi*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 101.
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aspiani, R. Y. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kerdiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brunner, S. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Dermawan, C. a. (2008). *Asuhan keperawatan keluarga: Penuntun Praktis*. Jakarta: Trans Info Media.
- Efendi, H. (2017). Dukungan Keluarga Dalam Manajemen Penyakit Hipertensi. *Jurnal Majority, volume 6, Nomor1* , 2-8.
- Fatmi, E., Tahlil, T., & Mulyadi. (2017). Faktor Determinan Kepatuhan Diet Pada Pasien Hipertensi dengan Pendekatan Health Promotion Model (HPM). *Jurnal Prosiding Seminar Nasional Pascasarjana (SNP)* , 101-103.

- Febby, H. D., & Prayitno, N. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah Di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmu Kesehatan* , 1.
- Gama, I. K., Sarmadi, I. W., & dkk. (2014). Faktor Penyebab Ketidapatuhan Kontrol Penderita Hipertensi. Hal 1-8.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Edisi ke 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Idha, K., & Setiawan, R. M. (2013). Analisis Faktor Risiko Kejadian Hipertensi di Puskesmas Sronдол Semarang Periode Bulan September-Oktober 2011. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah* , 54.
- In M. M. Friedman (2014)., *keperawatan keluarga*. jakarta : EGC.
- Idha, K., & Setiawan, R. M. (2013). Analisis Faktor Risiko Kejadian Hipertensi di Puskesmas Sronдол Semarang Periode Bulan September-Oktober 2011. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah* , 54
- Joseph, L. (2015). *Harrison Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.
- Kaakinen. Joanna Rowe. 2010 *Family Health care Nursing : Theory, Practice, and Research 4 th*. Philadelphia : F.A davis Company
- Kemenkes, R. (2014). *Pusat Data Dan Informasi (Situasi Dan Analisis Lanjut Usia)*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI.
- Khomarun, Nugroho, M. A., & Wahyuni, E. S. (2014). Pengaruh Aktivitas Fisik Jalan Pagi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Stadium I di Posyandu Lansia Desa Makamhaji. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan* , 106-214.
- Korneliani, K., & Meida, D. (2012). Obesitas Dan Stress Dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 2.
- Kowalak, J. P. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.

- Kusuma I, R. S. (2016). Hubungan antara perilaku merokok dan kebiasaan olahraga dengan kejadian Hipertensi pada laki-laki usia 18-44 tahun. *jurnal publikasi Kesehatan Masyarakat Indonesia* , 2.
- Lili, M., & S, T. (2007). *100 Questions & Answers Hipertensi*. Jakarta: PT.Elex Media Komputindo.
- Lita. (2017). Faktor Risiko Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Scientia Vol.7* , Hal 159-167.
- Makhfudli, F. E. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mangunkusumo, C. (2009). *Penuntun Diet*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Mulyati, L., Yetti, K., & dkk. (2013). Analisis Faktor yang Memengaruhi Self Management Behaviour Pada Pasien Hipertensi. Hal 112-123.
- Munawara, D. J. (2017). *Hubungan Tingkat Religiusitas Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Pendudukan Karang Tengah Gamping Sleman Yogyakarta*. Yogyakarta: Naskah Publikasi.
- Muyusliani, S. (2011). Faktor Resikp Ynag Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Diet Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol.1, No.3* , 164.
- Novian, A. (2013). Kepatuhan Diet Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Nomor 9, volume 1* , 100-104.
- Nurhidayat, S. (2016). Perilaku Keluarga Dalam Mengontrol Faktor Risiko Penyakit Hipertensi Pada Masyarakat Desa Di Ponorogo. *Jurnal J.K.Mesencephalon, Vol.2 No.4* , Hal 260-266.
- Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Paskah, R. S. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada penderita rawat INAP di rumah sakit umum sari mutiara medan tahun 2014. *jurnal ilmu keperawatan* , 1.
- Pradono, J. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi Di Daerah Perkotaan. *Jurnal Gizi Indon, Nomor 33 (1)* , 58-64.

- Priambodo, K. (2010). Gambaran Faktor-Faktor Kepatuhan Diit Lanjut Usia Penderita Hipertensi Di Desa Margosari Pengasih Kulon Progo Yogyakarta. Hal 1-12.
- Rahmah, U. D. (2015). *Hubungan Karakteristik Kepala Keluarga Dengan Rumah Sehat Di Desa Duwet Kecamatan Baki Kabupaten Sukoharjo*. Surakarta: Artikel Publikasi Ilmiah.
- Reny, Y. A. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: EGC.
- Santoso, D. H. (2015). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur* .
- Siti, W. (2012). Hubungan antara konsumsi makanan dengan kejadian hipertensi pada lansia (Studi di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember). viii.
- Susilo, y. d. (2011). *Cara Jitu Nengatasi Hipertensi*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Suwandi, Y. D. (2016). *Hubungan dukungan keluarga dalam diit hipertensi dengan frekuensi kekambuhan hipertensi pada lansia di wilayah kerja posyandu desa blimbing sukoharjo*. Surakarta: Publikasi Ilmiah.
- Wilkinson, M.J. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC
- Yashinta, O. G., Sulastri, D., & Lestari, Y. (2015). Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki usia 35-65 Tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 2.
- Yunita, I. P. (2014). *Hipertensi bukan untuk ditakuti*. Jakarta Selatan : Fmedia.
- Yuwono, G. A., Ridwan, M., & Hanafi, M. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Hipertensi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada penderita Hipertensi Di Kabupaten Magelang. *Jurnal Keperawatan Soetiman (The Soedirman Journal of Nursing)*, volume 12, No 1 , 60-61.
- Zaidin, A. (2009). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC

Lampiran 3.1 Surat Informed Consent

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Bapak Bukhari.....

Umur : 51 tahun.....

Jeniskelamin : Laki Laki.....

Alamat : Desa Denok.....

Pekerjaan : Pedagang.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan keluarga yang Mengalami Hipertensi dengan
Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik
Di Puskesmas Rogotrunan Lumajang”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan
bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan
persetujuan ini.

Lumajang, 19 Februari 2010.....

Mengetahui,
Penanggung Jawab PenelitianYang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Mohammad Arofi
NPM. 152303101011



(..Bpk Bukhari.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Bapak Sapnum
Umur : 51 tahun
Jeniskelamin : Laki laki
Alamat : Desa Denok
Pekerjaan : Bekerja di toko

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan keluarga yang Mengalami Hipertensi dengan
Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Regimen Terapeutik
Di Puskesmas Rogotrunan Lumajang"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 19 Februari 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Mohammad Arofi
NPM. 152303101011

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(..Bpk..Sapnum.....)

Lampiran 3.2 Jadwal Penyelenggaraan KTI

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2016/2017																															
	FEB				MAR				APR				MEI				JUN				JUL				AGUSTUS				SEP			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																
Konfirmasi Penelitian																																
Konfirmasi Judul																																
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																
Sidang Proposal																																
Revisi																																
Pengumpulan Data																																
Analisa Data																																
Konsul Penyusunan Data																																
Ujian Sidang																																
Revisi																																
Pengumpulan Studi Kasus																																

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :STUDI KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR				MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																				
Sidang Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				
Analisa Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Studi Kasus																																				

Lampiran 3.3 Surat Ijin Pengambilan Data



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/035/427.75/2018

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Nomor 38/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 24 Januari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama MOHAMMAD AROFI

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : MOHAMMAD AROFI
2. Alamat : Dsn Morgomulyo Rt 5 Rw 1 Desa Munder Kec. Yosowilangun
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Univeritas Jember Kampus Lumajang / 152303101011
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Resiko Terjadinya Stroke di Puskesmas Rogotrunan Lumajang
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggung jawab: Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggot/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 05 Februari 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Rogotrunan Lumajang

Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 02 Februari 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG



HERI SUSANTO, S.H.
 Kepala

Tembusan Yth. :

1. Bpk. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan,
6. Sdr. Koor. Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 24 Januari 2018

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Unej Kampus Lumajang
di
Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang :

Nama : Mohammad Arofi
NIM : 152303101011
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang, 15 September 1996
Alamat : Dsn. Morgomulyo RT/RW 005/001 Desa Munder Kec.
Yosowilangun Kab. Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

**“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah
Keperawatan Resiko Terjadinya Stroke Dipuskesmas Rogotrungan Lumajang
Tahun 2018”**

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/
Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

Nama Instansi/ : Puskesmas Rogotrungan
Lembaga tujuan
Alamat : Jl. Citandui No.05 Jogoyudan, Kec. Lumajang Kab. Lumajang ,
Jawa Timur
Waktu penelitian : Januari-Mei

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Koordinator Prodi memberikan surat
pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir
berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM
NIP. 19630302 198603 1 023

Hormat kami,
Pemohon,



Mohammad Arofi
NIM. 152303101011



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigiend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 37 /UN25.1.14.2/LT /2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 24 Januari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Mohammad Arofi
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101011
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 15 September 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VI (enam)
A l a m a t : Dsn. Morgomulyo RT/RW 005/001 Kec. Yosowilangun Kab.
Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

**“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan
Resiko Terjadinya Stroke Dipuskesmas Rogotrungan Lumajang
Tahun 2018”**

Dengan pembimbing :

1. Dr. Suhari, A.Per.Pen, MM

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang

Pada Tanggal : 24 Januari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM

NIP. 19650629 198703 2 008

Lampiran 4.1 Satuan Acara Penyuluhan

**MAKALAH
SATUAN ACARA PENYULUHAN
“PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN HIPERTENSI”
UNTUK MEMENUHI TUGAS KEPERAWATAN KELUARGA**



**Disusun oleh:
Mohammad Arofi
(152303101011)**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Memahami penyakit hipertensi
Sub Pokok Bahasan	: Pencegahan dan penatalaksanaan Hipertensi
Sasaran	: Pasien yang mengalami Hipertensi
Hari, tanggal	: Senin, 12 Februari 2018
Jam	: 09.30 WIB
Waktu	: ± 20 menit
Tempat	: Rumah

I. ANALISA SITUASI**A. Sasaran/ Peserta penyuluh**

- 1) Keluarga/pasien Hipertensi
- 2) Jumlah peserta ± 3 orang atau lebih

B. Penyuluh

- 1) Mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumjang Semester 6
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 3) Mempunyai pengetahuan tentang hipertensi
- 4) Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang hipertensi

C. Ruangan

- 1) Ruang Tamu klien
- 2) Ruangan cukup baik, dapat menampung ± 3 orang atau lebih
- 3) Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan.

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL**1. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Pencegahan Hipertensi” diharapkan keluarga/pasien dapat memahami tentang hipertensi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “hipertensi” diharapkan keluarga/pasien mampu untuk:

- 1) Menyebutkan pengertian hipertensi
- 2) Menyebutkan klasifikasi hipertensi
- 3) Menyebutkan penyebab hipertensi
- 4) Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
- 5) Menyebutkan cara mencegah dan pengobatan hipertensi

III. TOPIK MATERI

1. Pengertian hipertensi
2. Klasifikasi hipertensi
3. Penyebab hipertensi
4. Tanda dan gejala hipertensi
5. Cara mencegah dan pengobatan hipertensi

IV. MATERI PENYULUHAN

(Terlampir).

V. MEDIA

1. Leaflet

VI. METODE

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

DAFTAR PUSTAKA

Arista, N. (2013). KEPATUHAN DIIT PASIEN HIPERTENSI. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 101.

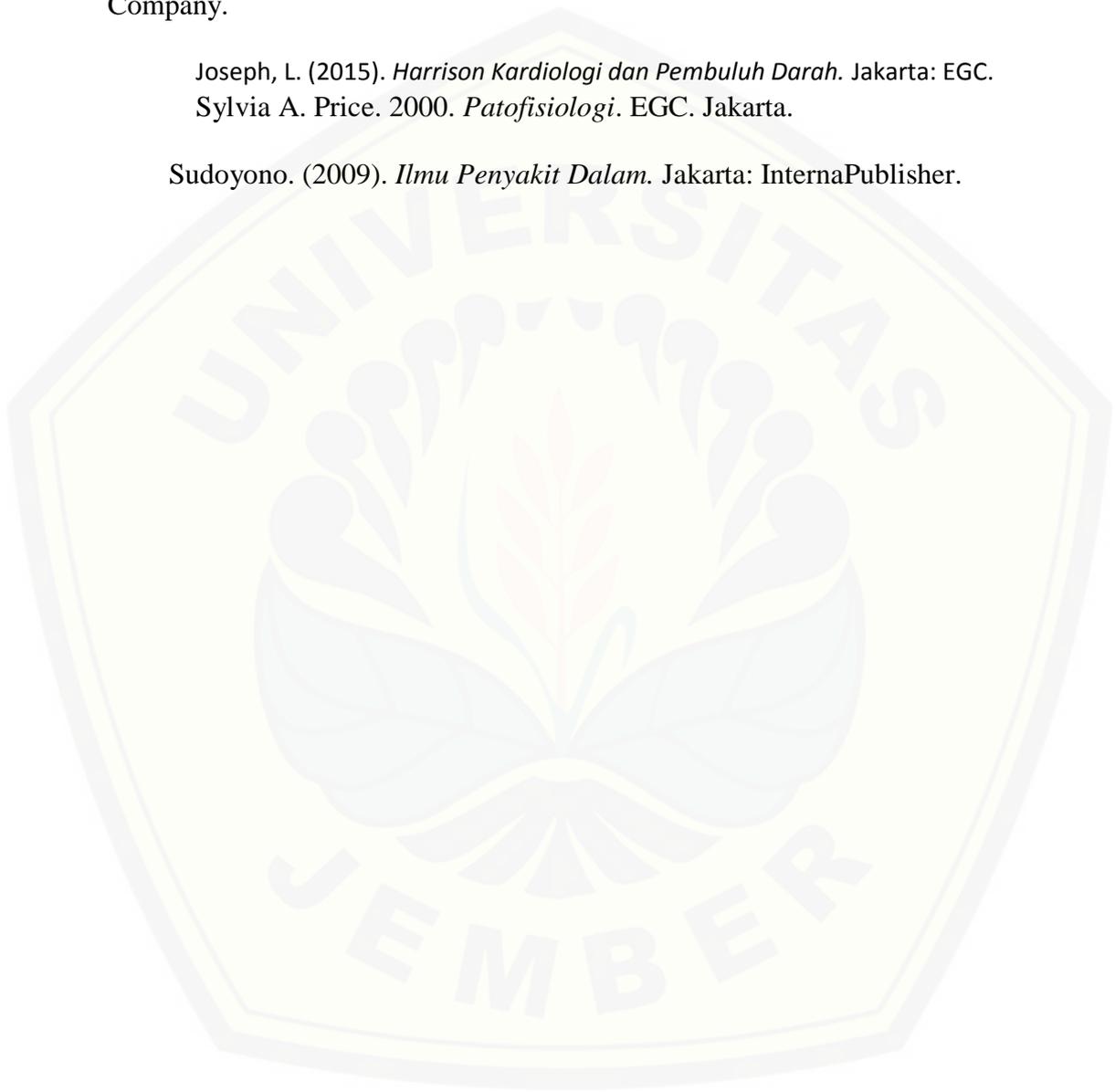
FKUI/ 1996. *Buku Ajar Kardiologi*. Gaya Baru. Jakarta.

Ignatius. Donna. 1995. *Medical Surgical Nursing Philadelphia*. Sender Company.

Joseph, L. (2015). *Harrison Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.

Sylvia A. Price. 2000. *Patofisiologi*. EGC. Jakarta.

Sudoyono. (2009). *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: InternaPublisher.



VII. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Tahap Kegiatan	TIK	Kegiatan		Metode	Waktu
			Penyuluh	Peserta		
1	Pendahuluan	Mengucapkan salam Menggali pengetahuan Apersepsi dan Relevansi Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus	Perkenalan Menanyakan kepada peserta mengenai tingkat pengetahuan Menyamakan persepsi dengan peserta Menjelaskan tujuan umum dan khusus	Mendengarkan Memperhatikan dan Menjawab pertanyaan Menjawab pertanyaan Mendengarkan dan Memperhatikan	Ceramah	3 Menit
2	Penyajian	Pengertian hipertensi Klasifikasi hipertensi Penyebab hipertensi Tanda dan gejala hipertensi Cara mencegah dan pengobatan hipertensi	Menyebutkan Pengertian hipertensi Menyebutkan Klasifikasi hipertensi Menyebutkan penyebab hipertensi Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi Menyebutkan cara mencegah dan pengobatan hipertensi	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah	10 menit
3	Penutup	Evaluasi kegiatan Membuat kesimpulan Tindak lanjut	Mengevaluasi kegiatan Menyampaikan kesimpulan Menindak lanjuti kepaahaman mengenai penyuluhan yang telah disampaikan	Mendengarkan dan menjawab Mendengarkan kesimpulan Sanggup mengaplikasikan dan menggunakannya Doa	Tanya jawab dan diskusi	7 menit

PEMBAHASAN MATERI

A. Pengertian

Hipertensi adalah suatu penekanan darah sistolik – diastolik yang tidak normal. Batas sistolik 140 – 190 mmhg dan diastolik 90 – 95 mmhg yang merupakan garis batas hipertensi. (Silvia A. Price. 2000)

Tekanan darah sangat bervariasi tergantung pada keadaan, akan meningkatkan saat meningkatkan aktivitas fisik, emosi, dan stress, dan turun selama tidur. Oleh karena itu, diagnosis hipertensi dapat ditetapkan dengan pengukuran berulang paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda selama 4-6 minggu. (Arista, 2013).

B. Klasifikasi

Pada hakikatnya kriteria klinis hipertensi terbaru untuk menentukan hipertensi umumnya berdasarkan rerata dua tekanan darah atau lebih, yang masing-masing diukur pada setiap dua atau lebih kunjungan rawat jalan yang berbeda, dalam posisi duduk. Kalsifikasi terbaru menganjurkan kriteria tekanan darah ntuk mendefinisikan tekanan darah normal, pre-hipertensi, hipertensi (stadium I dan II), serta *isolated systolic hypertantion* yang sering muncul pada usia lanjut. (Joseph, 2015)

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Darah	Tekanan	Sistolik, mmHg	Diastolik. mmHg
Normal		<120	Dan <80
Pre-hipertensi		120-139	Atau 80- 89
Hipertensi stadium 1		140-159	Atau 90- 99
Hipertensi stadium 2		≥160	Atau ≥100
Isolated hypertantion	systolic	≥140	Dan < 90

C. Penyebab Hipertensi

a. Tidak diketahui (hipertensi primer):

1. Konsumsi kalori yang berlebihan
2. Kurangnya aktifitas fisik
3. Pemasukan alkohol yang berlebihan
4. Ras / suku bangsa
5. Umur
6. Kegemukan (obesitas)
7. Asupan garam yang tinggi
8. Riwayat hipertensi dalam keluarga
9. Stress
10. Merokok

b. Diketahui (hipertensi sekunder):

1. Penyakit parenkim dan vaskuler pada ginjal
2. Primary aldosteron
3. Chusing sindrome
4. Tumor otak
5. Encephalitis
6. Gangguan psikiatrik
7. Kehamilan obat – obatan tertentu : misal; estrogen, glukokortikoid.

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala

terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| a. Mengeluh sakit kepala, pusing | e. Mual |
| b. Lemas, kelelahan | f. Muntah |
| c. Sesak nafas | g. Epistaksis |
| d. Gelisah | h. Kesadaran menurun |

(Sudoyono, 2009)

E. Pencegahan dan Pengobatan

- a. Modifikasi gaya hidup, seperti pengontrolan berat badan, pembatasan konsumsi alkohol, latihan fisik yang teratur, dan berhenti merokok.
- b. Untuk pasien yang mengalami hipertensi sekunder, perbaikan penyebab yang mendasari dan pengendalian efek hipertensi.
- c. Diet rendah lemak jenuh dan rendah natrium.
- d. Diet kalsium, magnesium, dan kalium yang adekuat.
- e. Berobatlah atau kontrol yang teratur bila sudah lama terjangkit darah tinggi
- f. Periksalah sedini mungkin darah tinggi

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
HIPERTENSI**



Oleh:
Mohammad Arofi
(152303101011)

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

HIPERTENSI ITU.... ?

Hipertensi adalah suatu penekanan darah sistolik – diastolik yang tidak normal. Batas sistolik 140 – 190 mmhg dan diastolik 90 – 95 mmhg yang merupakan garis batas hipertensi.

Tekanan darah sangat bervariasi tergantung pada keadaan, akan meningkatkan saat meningkatkan aktivitas fisik, emosi, dan stress, dan turun selama tidur. Oleh karena itu, diagnosis hipertensi dapat ditetapkan dengan pengukuran berulang paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda selama 4-6 minggu. (Arista, 2013).

**Penyebab..
nyaa...?**



1. Kurangnya aktifitas fisik
2. Pemasukan alkohol yang berlebihan
3. Ras / suku bangsa
4. Umur
5. Kegemukan (obesitas)
6. Asupan garam yang tinggi

7. Riwayat hipertensi dalam keluarga
8. Stress
9. **Merokok**

Tanda dan Gejala?

1. Mengeluh sakit kepala, pusing



2. Lemas, kelelahan
3. Gelisah



4. Mual dan muntah
5. Kesadaran menurun



PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN



hipertensi?

a. Modifikasi gaya hidup, seperti: latihan fisik yang teratur, dan berhenti merokok.



b. Untuk pasien yang mengalami hipertensi sekunder, perbaikan

penyebab yang mendasari dan pengendalian efek hipertensi.



c. Diet rendah lemak jenuh dan rendah natrium.



d. Diet kalsium, magnesium, dan kalium yang adekuat.

e. Berobatlah atau kontrol yang teratur bila sudah lama terjangkit darah tinggi



Terima Kasih



SATUAN ACARA PENYULUHAN
HIPERTENSI
"OBAT HERBAL"



Oleh:
Mohammad Arofi
(152303101011)

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

PENANGANAN NYA...???!!!

1. Cucumis Sativus (Mentimun)



Buah Mentimun ini merupakan buah yang digunakan sebagai obat penanganan pada hipertensi, yaitu untuk menjaga agar tekanan darah selalu dalam kondisi stabil. Caranya dengan membiasakan diri untuk selalu mengkonsumsi mentimun.

Buah ini mempunyai kandungan utama air, vitamin C, caffeic acid, serat, mineral (silica, potasium, dan magnesium).

Cara pembuatan: 2 buah mentimun segar dicuci bersih, lalu diparut. Hasil parutannya di peras atau disaring. Cara pemakaian: diminum 2-3 kali sehari.

2. Apium graviolens (seledri)



Bagian daun seledri yang dipakai adalah daun dan tangkai. Daun ini dipakai sebagai penghambat enzim angiotensin converting (ACE Inhibitor).

Cara pembuatan: 1. Cukup rebus 250 gram herbal seledri segar hingga mendidih. 2. Cara pengolahan dengan di jus, daun seledri segar 100 gram. Kemudian ditambahi madu secukupnya. Cara pemakaian: diminum 2 kali sehari.

3. Morinda citrifolia



Buah mengkudu merupakan buah yang memiliki kandungan utamanya scopoletin yang berfungsi untuk memperlebar saluran pembuluh darah yang mengalami penyempitan. Hal ini menyebabkan jantung tidak perlu bekerja terlalu keras untuk memompa darah, sehingga tekanan darah menjadi normal.

Cara pemakaian: pada sari buah mengkudu yang bisa diberikan adalah 1-2 sendok makan (15 ml- 30 ml), diminum 2 kali sehari pada pagi dan malam hari. Diminum 30 menit sebelum makan atau 2 jam sesudah makan makan agar penyerapannya sempurna.

4. Allium sativum (Bawang Putih)



Aliin dan allicin merupakan zat yang memiliki manfaat untuk mengobati hipertensi selain itu juga, zat ini mampu membantu

mencegah kolesterol yang berlebih dan zat kalsium juga memiliki peranan penting dalam menuntaskan hipertensi.

Ada sebuah penelitian yang di lakukan di Amerika bahwa ramuan bawang putih untuk hipertensi terbukti ampuh dalam menurunkan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik secara signifikan karena zat-zat yang ada di dalam bawang putih bisa memperlancar peredaran darah.

Setelah mengetahui manfaat dan kandungan yang terdapat pada bawang putih untuk hipertensi, maka anda perlu mengetahui bagaimana cara membuat ramuan bawang putih untuk hipertensi yang bisa di buat sendiri di rumah.

Cara membuat ramuan bawang putih untuk hipertensi yang bisa anda buat sendiri di rumah yakni : Siapkan beberapa siung bawang putih, Cuci bawang putih terlebih dahulu, Lalu tumbuk bawang putih yang sudah di cuci sampai halus, Kemudian campurkan bawang putih yang sudah di tumbuk dengan air lalu peras, dan diminum 3 kali sehari

Terima Kasih



**Ayo
Sehat!**

Lampiran 5.1 Lembar Kongsul

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA MAHASISWA : Mohammad Asok
N I M : 152303101011
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Maralah Keperawatan Renal terpadunya stroke di Duktusmas Rogstrum

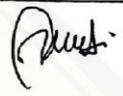
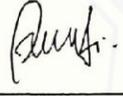
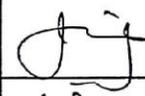
TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1-	15/01	Kongsul Revisi proposal sidang.	Revisi Bab 1, tolong SP dan paragraf paragraf untuk mencari data pasien HT, ditambahkan di slide		
			Letter belakas. Revisi Bab 2, Perbaiki penulisan penomoran dan jaraknya Jgn jauh-jauh		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	
2.	22/01 ¹⁸	Konsul Revisi Program ke 3	Penganti format kembali cover lain & ACC revisi n.d.g.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1.	05/03 ¹⁰	Konsul pengisian.	Ditengkapi pengisian secara keseluruhan.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	08/03 ¹⁸	Konsul Bab 4 dan Pengisian - evaluasi	Dicari data lebih banyak fokus sama masalah	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	03/03 ¹⁸	Konsul Bab 4	Disusun secara rapi dan ditambahkan pembahasan.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4.	16/03 ¹⁰	Konsul Bab 4	Sesungguhnya diahar secara benar & penulisan huruf pembaharuan diberatkan sem.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5.	18/03 ¹⁰	Konsul Bab 4	Intervensi ditambahi lagi sesuai masalah yg muncul.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6.	22/03 ¹⁸	Konsul Bab 4 Pembaharuan	Di tambahi teori dan faktor lagi sesuai teori paget.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
7.	09/10 ¹⁰ /09	Kerangka Bab 4 dari Awal - Akhir.	Ditambahkan lagi dan pembahasan di paragraf 3 dan 4 yang panjang.		
8	15/09 ¹⁰ /09	Kerangka Bab 4.	Lanjutan pengerjaan Bab 5 - lihat pagutan lain lagi		
9.	17/09 ¹⁰	Kerangka Bab 5 dari Awal - Akhir.	Melihat data di bab 4, juga sampai bab 5, lalu lihat di bab 4 kerangka yg diambil.		
10.	15/05 ¹⁰	Kerangka Bab 5	Ditambah literatur lagi dan Penataan kalimat hormat sesuai PPKI		
11.	22/05 ¹⁰	Kerangka mulai dari Bab 1, 2, 3, 4, 5	Di rubah pada Rumusan masalah ganti Ny.		
12.	25/05 ¹⁰	Kerangka mulai cover sampai lampiran	Di lengkapi cara penulisan sesuai Buku PPKI UNJ dan penulisan.		
13.	24/05 ¹⁰	Kerangka cover sampai lampiran	Di lengkapi part 3 lagi dan daftar isi yang xxi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
14.	21/10/06	Konsul Revisi KTI	- penulisan, pembahasan perkuliahan selanjutnya, serta fokus pada Bab 4 sesuai dengan F-T-U.		
15.	25/10/06	Konsul Revisi KTI	Perbaikan di penulisan pada mata, Spasi pd Perhitungan Pembimbing di perbaikan Bab 3 Ganti spasi di perbaikan dan Analisa data perbaikan		
16.	26/10/06	Konsul Revisi KTI	Denah rumah di torak delta gambar, Analisa data diperbaiki pd diagram aliran material ulu sama saja		
17.	02/10/07	Konsul Revisi KTI	Ganti judul → regim - ketidakefektifan manajemen transportasi - ketidakefektifan		
			libas literatur & pils yg perlu dgn kondisi kelg.		
18.	06/07/10	Konsul Revisi KTI	Revisi Bab 3 lanjutan penyusunan Bab 4.		
19.	10/07/10	Konsul Revisi KTI	Revisi Bab 1, 2, 3 dan Bab 4		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
20.	12/07 ¹⁸	Konngsul Revisi KTI	- Merevisi bab 4, dan bab 5 - Merevisi Ringkasan		
21.	17/07 ¹⁸	Konngsul Revisi KTI	- Merevisi Bab 4 Analisis data, gambaran dan Interventi - evaluasi - Bab 5 - Ringkasan dan Evaluasi - Ringkasan pada Alinea Pertama.		
22.	23/07 ¹⁸	Konngsul Revisi KTI	Acc Revisi PT1.		