



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA HIPERTENSI PADA  
Ny. S DAN Ny. H DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKPATUHAN MINUM OBAT DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG  
TAHUN 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh :

**Riko Tri Prasetyo  
NIM 162303101108**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA HIPERTENSI PADA  
Ny. S DAN Ny. H DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
KETIDAKPATUHAN MINUM OBAT DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG  
TAHUN 2019**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh :

**Riko Tri Prasetyo  
NIM 162303101108**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## **PERSEMBAHAN**

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan Ayah yang tercinta;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Program Studi D3 Keperawatan Kampus Lumajang Universitas Jember.

## MOTO

Barang siapa yang bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhan tersebut  
untuk kebaikan dirinya sendiri.

(terjemahan Surat *Al-Ankabut* ayat 6) \*)

Sebetulnya kita mampu, kalau mau. Bukti bahwa kita mau adalah tidak malas,  
tidak suka mengeluh, dan jujur. \*\*)

---

\*) Kementerian Agama. 2017. *About Us: Website Al-Qur'an Kementerian Agama Republik Indonesia*. [Online] Available at: <https://quran.kemenag.go.id/> [Accessed 20 September 2018].

\*\*) Teguh, M. 2015. *Kata-Kata Mutiara Website*. [Online] Available at <http://www.katakata.co.id/2015/12/kata-kata-bijak-mario-teguh-sang.html> [Accessed 20 September 2018]

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Riko Tri Prasetyo

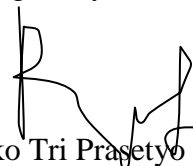
NIM : 162303101108

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny. S Dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 12 Juni 2019

Yang menyatakan,



Riko Tri Prasetyo  
NIM. 162303101108

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

### **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA HIPERTENSI PADA Ny. S DAN Ny. H DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN MINUM OBAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG TAHUN 2019**

**Oleh:**

**Riko Tri Prasetyo  
NIM 162303101108**

**Pembimbing:**

**Dosen Pembimbing : Dr. Suhari, A,Per, Pen, MM**

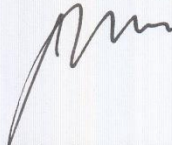
## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny. S Dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada:

hari, tanggal : Kamis, 12 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember

Dosen Pembimbing,



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

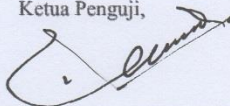
## PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny. S Dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019” karya Riko Tri Prasetyo telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jum'at, 19 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



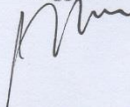
Zainal Abidin, Amd. Kep, S.Pd., M.Kes  
NIP. 198001312008011007

Anggota I,



Musviro, S.Kep.Ns., M.Kes  
NRP. 760017243

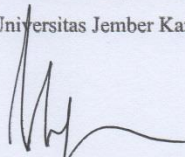
Anggota II,



Dr. Suhari, A,Per,Per, MM  
NIP. 196303021986031023

Mengesahkan,

Koordinator Studi D3 Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM.  
NIP. 196506291987032008



## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny.S Dan Ny.H Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019:** Riko Tri Prasetyo. 162303101108; Halaman xviii + 116: Program Studi D3 Keperawatan Kampus Lumajang.

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg. Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi seperti penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal. Komplikasi tersebut bisa terjadi karena ketidapatuhan penderita terhadap minum obat. Seseorang dengan hipertensi ini tidak bisa disembuhkan melainkan hanya dapat dikontrol dengan beberapa terapi, yakni terapi diet, terapi olahraga, dan mengkonsumsi obat-obatan. Peran perawatan kesehatan keluarga sangat penting untuk mewujudkan kestabilan tekanan darah. Apabila peran dan dukungan keluarga tidak maksimal maka akan berdampak pada ketidapatuhan klien dalam melaksanakan terapi.

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga hipertensi pada Ny.S dan Ny.H dengan masalah keperawatan ketidapatuhan minum obat. Metode yang digunakan dalam penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang menggunakan pengumpulan data dari pengamatan (observasi), wawancara (interview), pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Hasil yang didapatkan setelah dilaksanakan implementasi keperawatan pada kedua klien adalah masalah teratai sebagian. Pada kedua klien sampai hari ketiga kunjungan sudah mulai patuh .dalam minum obat

Dari hasil tersebut, bagi peneliti selanjutnya diharapkan penulis dapat memodifikasi atau menambahkan frekuensi dukungan pemberi asuhan, edukasi kesehatan dan juga memberikan informasi yang dapat mempengaruhi klien dalam pengendalian hipertensi dan kepatuhan sebagai bentuk dukungan terhadap keluarganya.

## SUMMARY

**Family Nursing Care For Hypertension In Ny.S And Ny.H With Dietary Drugs In The Working Area Of The Rogotrunan Lumajang Health Center In 2019:** Putri Riko Tri Prasetyo. 162303101108; xviii + 116 Pages: Study Program D3 Nursing, Jember University, Campus of Lumajang.

Hypertension is a persistent blood pressure with a systolic pressure above 140 mmHg and a diastolic blood pressure above 90 mmHg. Hypertension can cause complications such as heart disease, stroke and kidney failure. These complications can occur because dietary non-compliance. Causes of hypertension are age, gender and hereditary history. Other factors are lifestyle, smoking, excessive salt consumption, obesity, and lack of physical activity. In patients with hypertension, there is often an increase in uncontrolled blood pressure. The role of nurse as health educators is to provide knowledge about efforts to promote, prevent, curative, and rehabilitative hypertension such as limiting salt consumption, regular exercise, and maintaining ideal body weight to reduce the incidence of hypertension.

The purpose of writing this scientific paper is to explore nursing care for dietary non-compliance. The method used in writing this final report uses a case report design that uses data collection from observation, interview, physical examination and documentation study.

The results obtained after nursing implementation on both clients is a problem partially resolved. On both clients until the third day of the visit, it was able to reduce salt consumption.

From these results, the researcher is expected to further modify or add the frequency of care provider support, health education, and also provide information that can influence the client in controlling hypertension and compliance as a form support for his family.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny. S Dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019**”. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S. Kep. Ners., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember;
4. Ibu Dr. Rosalia Retno Gayatri, selaku Kepala Puskesmas Rogotrungan Lumajang yang telah memfasilitasi dalam pengambilan data laporan tugas akhir;
5. Bapak Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM. selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini;
6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini;
7. Semua pihak yang telah membantu terselesainya laporan tugas akhir ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

|  | Halaman                      |
|--|------------------------------|
| <b>MOTO</b> .....  | <b>iv</b>                    |
| <b>PERNYATAAN</b> .....  | <b>v</b>                     |
| <b>PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....  | <b>vii</b>                   |
| <b>PENGESAHAN</b> .....  | Error! Bookmark not defined. |
| <b>SUMMARY</b> .....   | <b>x</b>                     |
| <b>PRAKATA</b> .....   | <b>xi</b>                    |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....  | <b>xii</b>                   |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....  | <b>xiv</b>                   |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....   | <b>xv</b>                    |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....   | <b>xvi</b>                   |
| <b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....  | <b>1</b>                     |
| <b>1.1 Latar Belakang</b> .....  | <b>1</b>                     |
| <b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....   | <b>4</b>                     |
| <b>1.3 Tujuan Penulisan</b> .....  | <b>4</b>                     |
| <b>1.4 Manfaat Penulisan</b> .....   | <b>4</b>                     |
| 1.4.1 Bagi Institusi .....   | 4                            |
| 1.4.2 Bagi Peneliti .....  | 5                            |
| 1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan, Khususnya Bagi Perawat.....                | 5                            |
| 1.4.4 Bagi Penulis Selanjutnya .....                                       | 5                            |
| 1.4.5 Bagi Klien Dan Keluarga .....  | 5                            |
| <b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....                                       | <b>6</b>                     |
| 2.1.1 Etiologi.....  | 7                            |
| 2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....  | 7                            |
| 2.1.3 Tanda dan Gejala .....   | 8                            |
| 2.1.4 Pencegahan Hipertensi .....  | 9                            |
| 2.1.5 Patofisiologi .....  | 11                           |
| 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....  | 15                           |
| 2.1.7 Penatalaksanaan .....  | 15                           |
| 2.1.8 Komplikasi .....   | 19                           |
| <b>2.2 Konsep Keluarga</b> .....   | <b>20</b>                    |
| 2.2.1 Definisi Keluarga .....  | 21                           |
| 2.2.2 Ciri-ciri Keluarga .....   | 21                           |
| 2.2.3 Tipe Keluarga.....   | 22                           |
| 2.2.4 Fungsi Keluarga .....  | 24                           |
| 2.2.5 Struktur Keluarga.....   | 25                           |
| 2.2.6 Peranan keluarga .....   | 25                           |
| 2.2.7 Tugas Kesehatan keluarga .....                                       | 26                           |
| 2.2.8 Tahap perkembangan keluarga .....                                    | 27                           |
| <b>2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Hipertensi</b> ..... | <b>31</b>                    |
| 2.3.1 Pengkajian .....   | 31                           |
| 2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....   | 37                           |
| 2.3.3 Intervensi.....  | 41                           |
| 2.3.4 Implementasi Keperawatan .....                                       | 44                           |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....                                     | 44        |
| <b>BAB 3. METODE PENULISAN.....</b>                                 | <b>46</b> |
| <b>3.1 Desain Penulisan.....</b>                                    | <b>46</b> |
| <b>3.2 Batasan Istilah .....</b>                                    | <b>46</b> |
| <b>3.3 Partisipan .....</b>   | <b>47</b> |
| <b>3.4 Lokasi dan Waktu .....</b>                                   | <b>47</b> |
| <b>3.5 Pengumpulan Data.....</b>                                    | <b>48</b> |
| <b>3.6 Uji Keabsahan Data .....</b>                                 | <b>49</b> |
| <b>3.7 Analisa Data.....</b>  | <b>49</b> |
| 3.7.1 Pengumpulan data .....  | 49        |
| 3.7.2 Mereduksi data .....  | 49        |
| 3.7.3 Penyajian data .....  | 50        |
| 3.7.4 Kesimpulan .....  | 50        |
| <b>3.8 Etika penulisan .....</b>                                    | <b>50</b> |
| 3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan Penelitian) ..... | 50        |
| 3.8.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama) .....                           | 50        |
| 3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan) .....                           | 50        |
| <b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>                            | <b>51</b> |
| <b>4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....</b>                    | <b>51</b> |
| 4.1.1 Pengkajian .....  | 51        |
| 4.1.2 Riwayat dan Tahap perkembangan Keluarga .....                 | 56        |
| 4.1.3 Pengkajian Lingkungan.....                                    | 58        |
| 4.1.4 Struktur Keluarga .....                                       | 60        |
| 4.1.5 Fungsi Keluarga .....   | 60        |
| 4.1.6 Stres dan Koping Keluarga .....                               | 62        |
| 4.1.7 Keadaan Gizi Keluarga .....                                   | 63        |
| 4.1.8 Pemeriksaan Fisik .....                                       | 64        |
| <b>4.2 Analisa Data Asuhan Keperawatan Keluarga 1 (Ny. S).....</b>  | <b>66</b> |
| <b>4.3 Format Scoring / Prioritas.....</b>                          | <b>67</b> |
| 4.3.1 Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas .....                   | 70        |
| <b>4.4 Intervensi .....</b>   | <b>73</b> |
| <b>4.5 Implementasi .....</b>                                       | <b>75</b> |
| <b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>                             | <b>80</b> |
| <b>5.1 Kesimpulan .....</b>   | <b>80</b> |
| 5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....                                   | 80        |
| 5.1.2 DiagnosaKeperawatan .....                                     | 80        |
| 5.1.3 Intervensi Keperawatan.....                                   | 80        |
| 5.1.4 Implementasi Keperawatan.....                                 | 81        |
| 5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....                                     | 81        |
| <b>5.2 Saran.....</b>   | <b>81</b> |
| 5.2.1 Bagi Penulis .....  | 81        |
| 5.2.2 Bagi Puskesmas.....   | 82        |
| 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan .....                               | 82        |
| 5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga.....                                  | 82        |
| 5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya .....                                | 83        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>   | <b>84</b> |

## DAFTAR TABEL

|   |    |
|---|----|
| Tabel 2.1 Penentuan Prioritas masalah .....                                     | 39 |
| Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga.....  | 51 |
| Tabel 4.2 Komposisi Keluarga.....   | 52 |
| Tabel 4.3 Type keluarga.....  | 54 |
| Tabel 4.4 Suku bangsa .....   | 54 |
| Tabel 4.5 Agama dan kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan.....                | 54 |
| Tabel 4.6 Status social ekonomi keluarga.....                                   | 55 |
| Tabel 4.7 Aktivitas rekreasi keluarga.....                                      | 56 |
| Tabel 4.8 riwayatdan tahap perkembangan keluarga.....                           | 56 |
| Tabel 4.9 Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga.....                 | 57 |
| Tabel 4.10 karakteristik rumah .....  | 58 |
| Tabel 4.11 Struktur keluarga.....   | 60 |
| Tabel 4.12 fungsi keluarga.....   | 60 |
| Tabel 4.13 stress dan koping keluarga .....                                     | 62 |
| Tabel 4.14 Keadaan Gizi Keluarga .....  | 63 |
| Tabel 4.15 Pemeriksaan Fisik .....  | 64 |
| Tabel 4.16 Pemeriksaan Head to Toe .....  | 65 |
| Tabel 4.17 Harapan Keluarga .....   | 66 |
| Tabel 4.18 Analisa Data Asuhan Keperawatan Keluarga Klien 1 (Ny.S) .....        | 66 |
| Tabel 4.19 Scoring Klien 1 (Ny.S).....  | 67 |
| Tabel 4.20 Analisa Data Klien 2 (Ny. H).....                                    | 68 |
| Tabel 4.21 Format Scoring Klien 2 (Ny.H) .....                                  | 69 |
| Tabel 4.22 intervensi keperawatan pada klien 1 (Ny. S) dan klien 2 (Ny.H) ..... | 73 |
| Tabel 4.23 Implementasi dan Evaluasi pada Klien 1 (Ny.S) .....                  | 75 |
| Tabel 4.24 Implementasi dan Evaluasi Klien 2 (Ny. H).....                       | 77 |

## DAFTAR GAMBAR

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Pathway .....          | 14 |
| Gambar 4.1 Genogram Klien 1 ..... | 53 |
| Gambar 4.2 Genogram Klien 2 ..... | 53 |
| Gambar 4.3 Denah Rumah .....      | 59 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|   |     |
|---|-----|
| Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan.....                     | 86  |
| Lampiran 2 Jadwal Penyelenggaraan Laporan Tugas Akhir ..... | 99  |
| Lampiran 3 Surat Pemberitahuan Melakukan Penelitian.....    | 100 |
| Lampiran 4 Surat Ijin Penyusunan Tugas Akhir.....           | 101 |
| Lampiran 5. <i>Informed Consent</i> .....                   | 103 |
| Lampiran 6 Panduan Pengkajian.....                          | 105 |
| Lampiran 7 Log Book Tugas Akhir .....                       | 112 |
| Lampiran 8 Daftar Menghadiri Sidang.....                    | 117 |



## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kemajuan teknologi yang mengubah gaya hidup dan sosial ekonomi di Indonesia dewasa ini telah mengakibatkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit tidak menular (PTM) meliputi penyakit degeneratif dan *non-communicable diseases* (penyakit akibat ulah manusia) yang merupakan faktor utama masalah morbiditas dan mortalitas. Salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan yang sangat serius saat ini adalah hipertensi (Robert,2010).

Masalah keperawatan yang menunjukkan adanya ancaman kesehatan, kurang atau tidak sehat dan krisis. Perawat harus mengidentifikasi kesanggupan keluarga untuk melaksanakan 5 tugas kesehatan. Menurut Freedman (1981) keluarga mempunyai 5 tugas memelihara kesehatan keluarga khususnya keluarga yang anggotanya menderita penyakit hipertensi yaitu : 1) mengenal gangguan dan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga tentang gejala hipertensi, 2) mengambil keputusan untuk penyakit hipertensi, 3) memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi, 4) mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepada anggota keluarganya, 5) mempertahankan hubungan timbal balik dengan fasilitas kesehatan yang dapat mengatasi penyakit hipertensi melakukan tindakan yang tepat terhadap anggota keluarga yang menderita hipertensi (Ali, 2010)

Menurut WHO (2013), hipertensi menjadi penyebab sekitar 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% karena stroke. Berdasarkan data Departemen Kesehatan Indonesia, prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari populasi pada usia 18 tahun ke atas. Sekitar 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Sedangkan sisanya mengakibatkan penyakit jantung, gagal ginjal dan kebutaan. Menurut dataDinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016, presentase hipertensi Provinsi Jawa Timur sebesar 13,47% atau sekitar 935.736

penduduk, dengan proporsi laki-laki sebesar 13,78% (387.913 penduduk) dan perempuan sebesar 13.25% (547.823 penduduk).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia pada tahun 2013 prevalensi penderita hipertensi dengan usia  $\geq 18$  tahun sebanyak 25,8 % dan meningkat menjadi 34,1 % pada hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018.

Pada tahun 2016, Kabupaten Lumajang menduduki peringkat ke 21 seJawa Timur dengan jumlah penderita hipertensi sebanyak 20.578 orang dengan proporsi penderita terbanyak adalah perempuan yakni 12.705 orang dan laki-laki 7.873 orang (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2016). Berdasarkan data rekam medik Puskesmas Rogotrunan Lumajang, ditemukan jumlah kunjungan pasien hipertensi pada tahun 2017 sebanyak 624 pasien, sedangkan pada tahun 2018 selama bulan Januari sampai bulan Desember didapatkan data kunjungan pasien rawat jalan yang menderita hipertensi adalah sebanyak 588 penduduk, yang terdiri dari laki-laki 203 orang, dan perempuan 385 orang (Buku Laporan Puskesmas Tahun 2018).

Hipertensi atau peningkatan tekanan darah merupakan suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari satu periode. Pada penderita hipertensi, terjadi peningkatan volume cairan. Kondisi patologis tersebut dapat mengubah ambang tekanan pada ginjal dalam mensekresikan garam dan air yang akan meningkatkan tekanan arteri sistemik (Udjianti, 2013).

Hipertensi akan timbul komplikasi kardiovaskuler karena jantung mengalami arteriosklerosis, yaitu keadaan yang menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi dan akan membahayakan arteri koroner dan menyebabkan serangan jantung. Jika peristiwa tersebut terjadi di otak dapat menyebabkan stroke (Irianto, 2014)

Penyakit ini gejalanya tidak nyata dan harus diwaspadai serta perlu diobati sedini mungkin. Penyebab terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu yang dapat dirubah dan tidak dapat dirubah. Faktor yang tidak dapat dirubah diantaranya faktor usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit keluarga (Pratiwi,

2013). Dan untuk faktor yang dapat dirubah yaitu faktor gaya hidup diantaranya kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak jenuh, obesitas, dan kurang aktivitas fisik (Kartikasari, 2012).

Pada penderita hipertensi seringkali terjadi peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol. Hal ini dikarenakan ketidakpatuhan penderita hipertensi dalam pola makan dan gaya hidupnya.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita termasuk kepatuhan dalam melaksanakan diet yaitu pemahaman tentang instruksi, kualitas interaksi, dukungan keluarga, serta keyakinan, sikap dan kepribadian penderita. Dari keempat faktor tersebut, dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang memiliki kontribusi yang cukup berarti dan sebagai faktor penguat yang mempengaruhi kepatuhan penderita hipertensi menjalani diet. Dukungan keluarga merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada salah satu anggota keluarga yang sakit yaitu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Friedman, 2010).

Peran perawat sebagai penyuluh kesehatan (health educator) adalah memberikan pengetahuan tentang upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif penyakit hipertensi seperti membatasi konsumsi garam, olahraga teratur, serta menjaga berat badan ideal untuk mengurangi timbulnya penyakit hipertensi. Perawat diharapkan bisa memberikan penyuluhan tentang makanan sehat, diet yang seimbang, dan pencegahan terhadap komplikasi dari hipertensi (Kemukus, 2005).

Salah satu penyebab kekambuhan hipertensi adalah ketidakpatuhan dalam menjalankan terapi. Penderita mungkin tidak patuh dengan penatalaksanaan terapi karena tidak mengetahui tujuan dari penatalaksanaan atau mungkin melupakan begitu saja atau sudah mengerti instruksi yang diberikan tetapi tidak dilaksanakan (Riyanto, 2011).

Salah satu upaya untuk menciptakan sikap penderita patuh dalam pengobatan adalah dengan adanya dukungan keluarga. Hal ini karena keluarga sebagai individu terdekat dari penderita. Tidak hanya memberikan dukungan dalam bentuk lisan, namun keluarga juga harus mampu memberikan dukungan

dalam bentuk sikap. Misalnya, keluarga membantu penderita untuk mencapai suatu pelayanan kesehatan (Elmiani, 2012).

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menemukan tentang program pengobatan yang dapat individu atau penderita terima. Dukungan yang dibutuhkan klien bukan hanya dari perawat, tetapi juga dukungan dari keluarga. Bentuk dukungan keluarga yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan klien. Untuk memenuhi kebutuhan klien terhadap dukungan keluarga ini maka perawat dapat menjalankan perannya sebagai fasilitator yang memfasilitasi klien dengan keluarganya. Selain itu perawat perlu melibatkan peran serta keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan (Elmiani, 2012)

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk menyusun laporan kasus tentang “Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny.S dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny.S dan Ny. H Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019 ?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi Pada Ny.S dan Ny.H Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan data untuk upaya-upaya dalam peningkatan pemberian pengetahuan kepada mahasiswa-mahasiswa dalam bidang kesehatan.

#### 1.4.2 Bagi Peneliti

Dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam mengaplikasikan teori-teori yang didapat dalam bentuk penelitian.

#### 1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan, Khususnya Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang optimal untuk merawat pasien dengan Hipertensi.

#### 1.4.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai data dan pemikiran untuk penulisan lebih lanjut mengenai Hipertensi.

#### 1.4.5 Bagi Klien Dan Keluarga

Laporan kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk lebih mengenal penyakit hipertensi serta perawatan saat dirumah terutama dalam hal kepatuhan minum obat.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

Pada Bab ini penulis akan menyajikan landasan teori, yang meliputi konsep penyakit, konsep keluarga dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada pasien Hipertensi.

### **2.1 Konsep Hipertensi**

Pada pembahasan konsep penyakit hipertensi, penulis memaparkan mengenai pengertian, etiologi, klasifikasi, tanda dan gejala, pencegahan, patofisiologi, pathway, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan komplikasi penyakit hipertensi

#### **2.1.1 Pengertian Hipertensi**

World Health Organization (WHO) dan The International Society of Hypertension (ISH) menetapkan bahwa hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah (TD) sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih besar dari 90 mmHg. Nilai ini merupakan hasil rerata minimal dua kali pengukuran setelah melakukan dua kali atau lebih kontak dengan petugas (Yasmara, 2016).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode, hal ini terjadi bila arteriole-arteriole berkonstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut akan menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah. (Udjianti, 2013)

Pada Bab ini penulis akan menyajikan landasan teori, yang meliputi konsep keluarga, konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada pasien Hipertensi.

### 2.1.1 Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer (Reni, 2010).

Penyebab terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu yang dapat dirubah dan tidak dapat dirubah. Factor yang tidak dapat dirubah diantaranya factor usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit keluarga (Pratiwi, 2013). Dan untuk factor yang dapat dirubah yaitu factor gaya hidup diantaranya kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak jenuh, dan obesitas, kurang aktivitas fisik (Kartikasari, 2012).

### 2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

#### a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh sebab itu, penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita hipertensi primer. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh factor berikut ini :

##### 1) Factor keturunan

Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

##### 2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

##### 3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebihan. Stress, merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

## b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder antara lain feokromositoma, yaitu 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 hipersensitivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosterone tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi orang juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2014).

### 2.1.3 Tanda dan Gejala

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

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa:

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial
- 2) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat
- 4) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- 5) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler



Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Novianti, 2006 dalam Reni, 2010).

#### 2.1.4 Pencegahan Hipertensi

Sebenarnya sangat sederhana dan tidak memerlukan biaya, hanya diperlukan disiplin dan kepatuhan dalam menjalani terapi hipertensi atau pola hidup yang sehat, sabar, dan ikhlas dalam mengendalikan perasaan dan keinginan atau ambisi. Disamping itu berusaha untuk memperoleh kemajuan, selalu sadar atau mawas diri untuk ikhlas menerima kegagalan atau kesulitan.

Usaha pencegahan juga bermanfaat bagi penderita hipertensi agar penyakitnya tidak menjadi lebih parah, tentunya harus disertai obat-obatan yang ditentukan oleh dokter. Agar terhindar dari komplikasi fatal hipertensi, harus diambil tindakan pencegahan yang baik (*Stop High Blood Pressure*), antara lain dengan cara sebagai berikut (Gunawan, 2006).

##### a. Mengurangi Konsumsi Garam

Pembatasan mengkonsumsi garam sangat dianjurkan, maksimal 2 gram garam dapur untuk diet setiap hari.

##### b. Menghindari Kegemukan

Hindarkan kegemukan (obesitas) dengan menjaga berat badan normal atau tidak. Batasan kegemukan adalah jika berat badan lebih dari 10% dari berat badan normal.

##### c. Membatasi Konsumsi Lemak

Membatasi konsumsi lemak dilakukan agar kadar kolesterol darah tidak terlalu tinggi. Kadar kolesterol hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya endapan kolesterol dalam dinding pembuluh darah. Lama-kelamaan, jika endapan kolesterol bertambah akan menyumbat pembuluh nadi dan mengganggu peredaran darah. Dengan demikian, akan memperberat kerja jantung dan secara tidak langsung memperparah hipertensi.

Kadar kolesterol normal dalam darah dibatasi maksimal 200 mg – 250 mg per 100 cc serum darah. Untuk menjaga agar kadar kolesterol darah tidak bertambah tinggi. Himpunan Ahli Jantung Amerika AHA menganjurkan agar konsumsi kolesterol dalam makanan dibatasi tidak lebih dari 300 mg setiap hari.

d. Makan Banyak Buah dan Sayuran Segar

Buah dan sayuran segar mengandung banyak vitamin dan mineral. Buah yang banyak mengandung mineral kalium dapat membantu menurunkan tekanan darah.

e. Tidak Merokok dan Tidak Minum Alkohol

Nikotin yang ada di dalam rokok dapat mempengaruhi seseorang, bisa melalui pembentukan plak aterosklerosis, efek langsung nikotin terhadap pelepasan hormone epinephrine dan norepinephrine, ataupun melalui efek CO dalam peningkatan sel darah merah.

f. Latihan Relaksasi atau Meditasi

Relaksasi dan meditasi berguna untuk mengurangi stress atau ketegangan jiwa. Relaksasi dilaksanakan dengan mengencangkan dan mengendorkan otot tubuh sambil membayangkan sesuatu yang damai, indah, dan menyenangkan. Relaksasi dapat pula dilakukan dengan mendengarkan music, atau bernyanyi.

g. Berusaha dan Membina Hidup yang Positif

Dalam kehidupan dunia modern yang penuh dengan persaingan, tuntutan atau tantangan yang menumpuk menjadi tekanan atau beban stress (ketegangan) bagi setiap orang. Jika tekanan stress terlampau besar sehingga melampaui daya tahan individu, akan menimbulkan sakit kepala, suka marah, tidak bisa tidur, ataupun timbul hipertensi. Agar terhindar dari efek negative tersebut, orang harus berusaha membina hidup yang positif. Beberapa cara untuk membina hidup yang positif adalah sebagai berikut :

- 1) Mengeluarkan isi hati dan memecahkan masalah
- 2) Membuat jadwal kerja, menyediakan waktu untuk kegiatan santai sekaligus belajar mengalah, belajar berdamai.

### 2.1.5 Patofisiologi

Tekanan darah merupakan hasil interaksi antara curah jantung (cardiac output) dan derajat dilatasi atau konstiksi arteriola (resistensi vascular sistemik). Tekanan darah arteri dikontrol dalam waktu singkat oleh baroreseptor arteri yang mendeteksi perubahan tekanan pada arteri utama, dan kemudian melalui mekanisme umpan balik hormonal menimbulkan berbagai variasi respons tubuh seperti frekuensi denyut jantung, kontraksi otot jantung, kontraksi otot polos pada pembuluh darah dengan tujuan mempertahankan tekanan darah dalam batas normal. Baroreseptor dalam komponen kardiovaskuler tekanan rendah, seperti vena, atrium dan sirkulasi pulmonary, memainkan peranan penting dalam pengaturan hormonal volume vaskuler. Penderita hipertensi dipastikan mengalami peningkatan salah satu atau kedua komponen ini, yakni curah jantung dan atau resistensi vascular sistemik (Nugraha, 2016)

Hemodinamik yang khas dari hipertensi yang menetap bergantung pada tingginya tekanan arteri, derajat kontriksi pembuluh darah, dan adanya pembesaran jantung. Hipertensi sedang yang tidak disertai dengan pembesaran jantung memiliki curah jantung normal. Namun demikian, terjadi peningkatan resistensi vaskular perifer dan penurunan kecepatan ejeksi ventrikel kiri (Nugraha, 2016).

Saat hipertensi bertambah berat dan jantung mulai mengalami pembesaran, curah jantung mengalami penurunan secara progresif meskipun belum terdapat tanda-tanda gagal jantung. Hal ini disebabkan resistensi perifer sistemik semakin tinggi dan kecepatan ejeksi ventrikel kiri semakin menurun (Nugraha, 2016).

Penurunan curah jantung ini akan menyebabkan gangguan perfusi ke berbagai organ tubuh, terutama ginjal. Kondisi ini berdampak pada penurunan volume ekstra sel dan perfusi ginjal yang berujung dengan iskemik ginjal. Penurunan perfusi ginjal ini akan mengaktivasi system renin angiotensin (Nugraha, 2016). Renin yang dikeluarkan oleh ginjal ini merangsang angiotensinogen untuk mengeluarkan angiotensinogen I (AI) yang bersifat vasokonstriktor lemah. Adanya angiotensin I pada peredaran darah akan memicu pengeluaran angiotensin converting enzyme (ACE) di endotelium pembuluh paru.

ACE ini kemudian akan mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II (AII) yang merupakan vasokonstriktor kuat sehingga berpengaruh pada sirkulasi tubuh secara keseluruhan (Nugraha, 2016).

Selain sebagai vasokonstriktor kuat, AII memiliki efek lain yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Dampak yang ditimbulkan oleh AII antara lain hipertrofi jantung dan pembuluh darah, stimulasi rasa haus, memicu produksi aldosterone dan natrium-diuretic hormone (ADH) (Nugraha, 2016). Peningkatan tekanan darah sebagai dampak dari adanya AII ini terjadi melalui dua cara utama yaitu efek vasokonstriksi kuat dan perangsangan kelenjar adrenal.

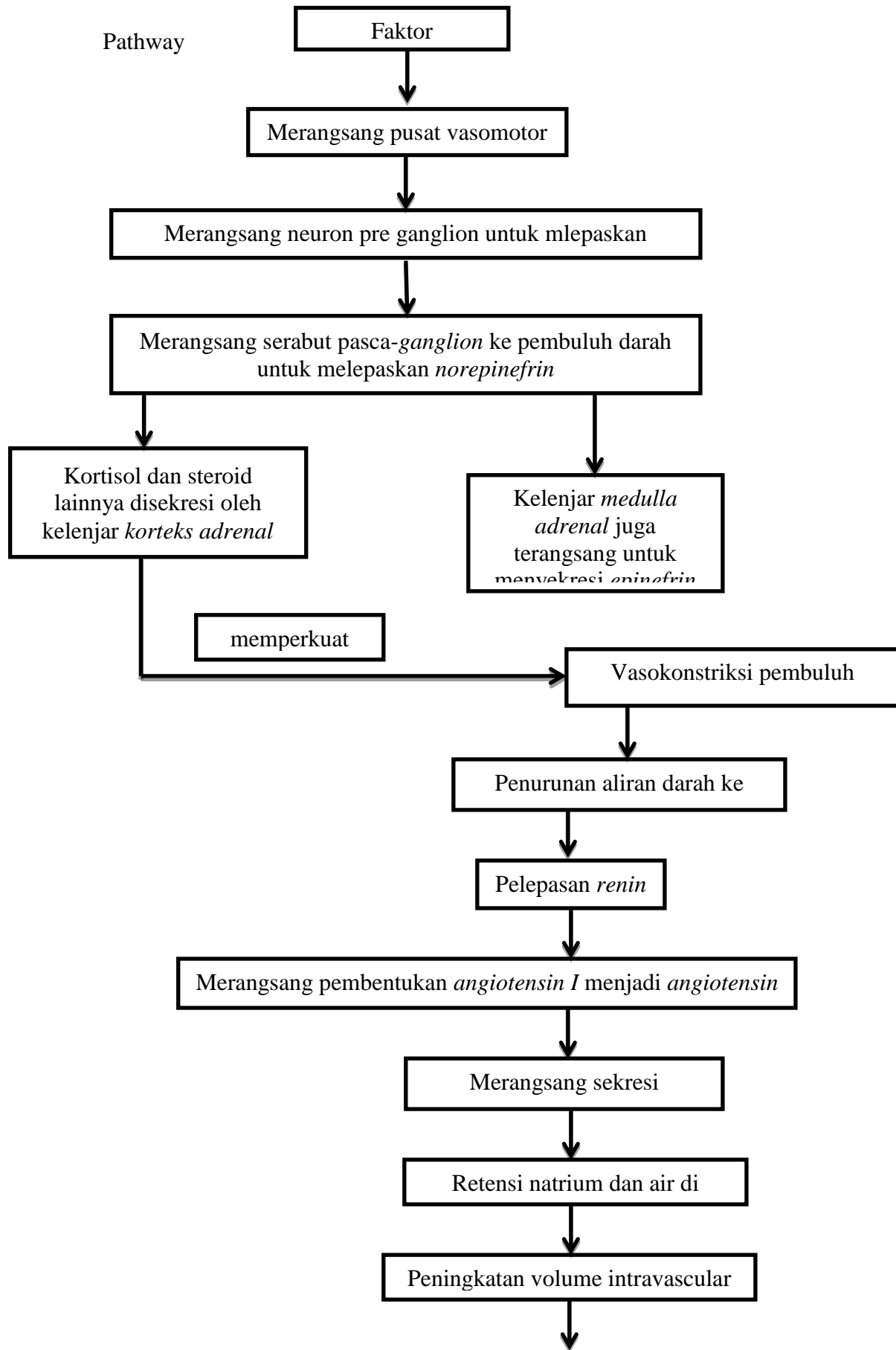
a. Vasokonstriktor: AII menyebabkan vasokonstriksi baik pada arteriol maupun vena. Konstriksi arteriol akan meningkatkan tahanan perifer sehingga membutuhkan usaha jantung lebih besar dalam melakukan pemompaan. Sedangkan pada vena dampak konstriksinya lemah, tetapi sudah mampu menimbulkan peningkatan aliran balik darah vena ke jantung. Peningkatan aliran balik ini akan menyebabkan peningkatan preload yang membantu jantung untuk melawan resistensi perifer.

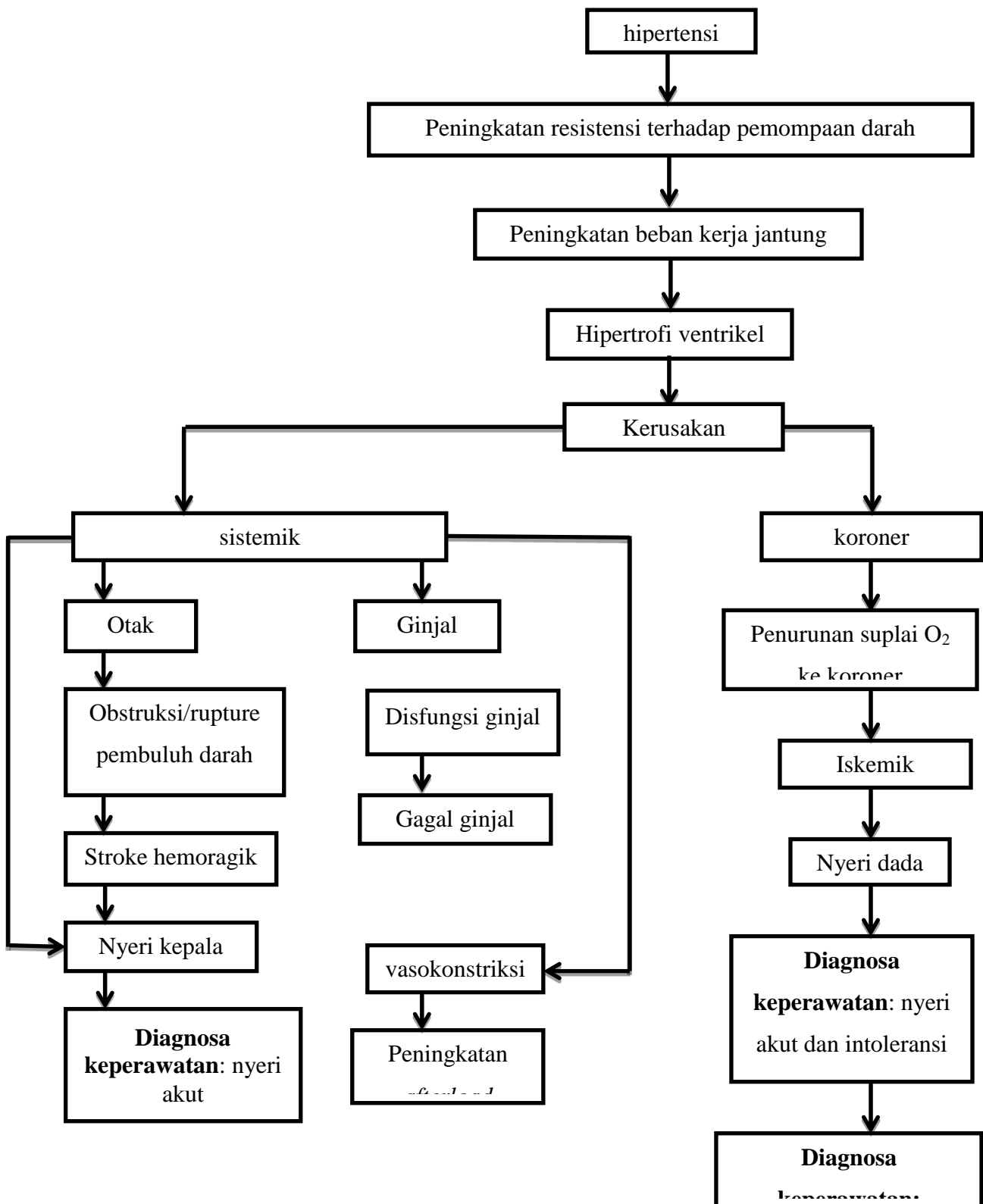
b. Perangsangan kelenjar endokrin: AII merangsang kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormone aldosterone. Hormone ini bekerja pada tubula distal nefron. Dampak dari keberadaan hormone aldosterone ini adalah peningkatan penyerapan kembali air dan NaCl oleh tubulus distal nefron. Hal ini akan mengurangi pengeluaran garam dan air melalui ginjal. Kondisi ini membuat volume darah meningkat yang diikuti pula dengan peningkatan tekanan darah.

Dampak hipertensi ke jantung adalah semakin meningkatnya beban jantung sehingga dapat menimbulkan hipertrofi jantung. Kondisi hipertrofi ini menyebabkan penyempitan ruang jantung sehingga menurunkan preload dan curah jantung. Jika jantung tidak dapat mengkompensasi lagi, maka terjadilah gagal jantung (Nugraha, 2016).

Sedangkan tekanan intracranial yang berefek pada tekanan intraocular akan mempengaruhi fungsi penglihatan bahkan jika penanganan tidak segera dilakukan, penderita akan mengalami kebutaan. Penurunan aliran darah ke ginjal akibat dari resistensi sistemik ini dapat menyebabkan kerusakan pada parenkim

ginjal. Jika tidak segera ditangani, akan berakhir dengan gagal ginjal (Nugraha, 2016).





(Aspiani, 2014)

Gambar 2.1 Pathway

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Aspiani, 2014) Pemeriksaan penunjang berikut ini dapat membantu untuk menegakkan diagnosa hipertensi :

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal.
- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
- 3) Darah perifer lengkap

Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa)

b. EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri
- 2) Iskemia atau infark miokard
- 3) Gangguan konduksi
- 4) Peninggian konduksi

c. Foto Rontgen

Foto rontgen toraks dapat memperlihatkan kardiomegali.(Aspiani, 2014)

### 2.1.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Pengobatan standart yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (Joint National Commite on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, USA, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretic, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Bila tekanan darah tidak dapat di control selama satu bulan, dosis obat dapat disesuaikan sampai dosis maksimal atau menambahkan obat golongan lain atau mengganti obat pertama dengan obat golongan yang lain. Sasaran penurun tekanan darah adalah kurang dari 140/90 mmHg dengan efek samping minimal. Penurunan dosis obat dapat dilakukan pada golongan hipertensi ringan yang sudah terkontrol dengan baik selama satu tahun (Gunawan, 2006).

Jenis obat anti-hipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

1) Diuretika

Diuretika adalah obat yang memperbanyak volume air kencing, mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Dengan turunnya kadar  $\text{Na}^+$ , maka tekanan darah akan turun dan efek hipotensifnya kurang kuat. Obat yang sering digunakan adalah obat yang daya kerjanya panjang sehingga dapat digunakan dosis tunggal, diutamakan diuretika yang hemat kalium.

Obat yang banyak beredar adalah *Spironolactone*, *HCT*, *Chlortalidone*, dan *indopamide*.

2) Alfa-blocker

Alfa-blocker adalah obat yang dapat memblokir reseptor alfa dan menyebabkan vasodilatasi perifer serta turunnya tekanan darah. Karena efek hipotensinya ringan sedangkan efek sampingnya kuat, misalnya hipotensi ortostatik dan takikardia, maka jenis obat ini jarang digunakan.

Obat yang termasuk dalam jenis Alfa-blocker adalah *Prazosin* dan *Terazosin*.

3) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat beta-bloker belum diketahui dengan pasti. Diduga kerjanya berdasarkan beta blokase pada jantung sehingga mengurangi daya dan frekuensi kontraksi jantung. Dengan demikian, tekanan darah akan menurun dan daya hipotensinya naik.

Obat yang bisa dipakai dari jenis Beta-blocker adalah *Propranolol*, *Atenolol*, *Pindolol*, dan sebagainya.

4) Vasodilator

Obat Vasodilator dapat langsung mengembangkan dinding arteriole sehingga daya tahan pembuluh perifer berkurang dari tekanan darah menurun.

Obat yang termasuk dalam jenis Vasodilator adalah *Hidralazine*, dan *Ecarazine*.

5) Antagonis Kalsium

Mekanisme obat Antagonis Kalsium adalah menghambat pemasukan ion kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh dengan efek vasodilatasi dan turunnya tekanan darah.



Obat jenis Antagonis Kalsium yang terkenal adalah *Nifedipin* dan *Verapamil*.

#### 6) Penghambat ACE

Obat penghambat ACE ini menurunkan tekanan darah dengan menghambat *Angiotensin Converting Enzyme* yang berdaya vasokonstriksi kuat.

Obat penghambat ACE yang populer adalah *Captopril* dan *Enalapril*.

#### b. Non Farmakologis

##### 1) Terapi Diet

Diet adalah pengaturan jumlah dan jenis makanan yang dimakan setiap hari agar seseorang tetap sehat, dan bagi orang sakit bertujuan meningkatkan status gizi dan membantu kesembuhan, serta mencegah permasalahan lain misalnya diare atau intoleransi terhadap jenis makanan tertentu.

Terapi diet ini dikenal dengan istilah DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Pengobatan ini pada umumnya mengubah pola makan dan gaya hidupnya. Mungkin merasakan sebagian perbahan terasa lebih berat dibandingkan terapi dengan yang lainnya(Sotomo, 2006).

##### a) Macam Diet dan Indikasi Pemberian

Diet rendah garam diberikan kepada penderita dengan oedema atau hipertensi sebagaimana terdapat pada penyakit *decompensasi cordis*, *chirosis hepatis*, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan, dan hipertensi esensial. Diet ini mengandung cukup zat-zat gizi. Sesuai dengan keadaan penyakit, dapat diberikan berbagai tingkat diet rendah garam (Gunawan, 2006).

##### (1) Diet Rendah Garam I (200 mg – 400 mg Na)

Dalam pemasakan tidak ditambahkan garam dapur. Bahan makanan tinggi garam dihindarkan. Makanan ini diberikan kepada penderita dengan oedema, ascites, dan/atau hipertensi berat. Meskipun melakukan diet rendah garam, dalam mengkonsumsi makanan harus diperhatikan ukuran/tekanan darah dan nilai gizi makan yang dikonsumsi.

(2) Diet Rendah Garam II (600 mg – 800 mg Na)

Pemberian dalam pemasakan diperbolehkan menggunakan 0,25 sdt garam dapur (1 gr), bahan makanan tinggi Natrium dihindarkan. Makanan ini diberikan kepada penderita oedema, ascietas, dan hipertensi tidak terlalu berat.

(3) Diet Rendah Garam III (1000 mg – 1200 mg Na)

Pemberian dalam pemasakan diperbolehkan menggunakan 0,5 sdt (2 gr) garam dapur. Makanan ini diperbolehkan kepada penderita dengan oedema atau penderita hipertensi ringan.

2) Terapi olahraga

Penelitian menunjukkan bahwa melakukan olah raga berhubungan erat dengan penurunan tekanan darah. Mekanismenya tidak seluruhnya jelas, tetapi kemungkinan berkaitan dengan perubahan pola makan yang sering dilakukan pada saat berolahraga secara teratur.

Namun, jika saat menderita hipertensi, maka perlu berpikir secara tepat untuk menentukan program olahraganya. Secara umum semua jenis olahraga ringan boleh dilakukan. Jika berada di udara terbuka bisa berjalan kaki, dan bersepeda. Mulailah dengan perlahan-lahan secara bertahap dengan menambah jaraknya. Olahraga ini mudah dipelajari, melibatkan hampir semua otot karena ritmenya yang tepat (Simbolon, 2002).

Jenis olahraga yang efektif menurunkan tekanan darah tinggi adalah olahraga aerobik dengan intensitas sedang (70-80%). Frekuensi latihannya 3-5 kali seminggu, dengan lama latihan 30-60 menit sekali latihan. Olahraga seperti jalan kaki atau jogging yang dilakukan selama 16 minggu akan mengurangi kadar hormone norepineprin (noradrenalin) dalam tubuh yakni zat yang dikeluarkan system saraf yang dapat menaikkan tekanan darah (Wolf, 2008).

### 2.1.8 Komplikasi

Menurut Nugraha (2016) beberapa komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi antara lain:

#### a. Retinopati Hipertensif

Retinopati merupakan kondisi rusaknya retina yang disebabkan oleh tingginya tekanan intraocular akibat hipertensi yang tidak terkontrol. Tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah kecil retina sehingga menyebabkan penebalan pada dinding pembuluh darah. Penebalan tersebut menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah yang berdampak pada penurunan aliran darah yang melaluinya. Akibatnya adalah suplai darah ke retina berkurang sehingga terjadi kerusakan di berbagai area retina tersebut. Gejala yang dapat dirasakan oleh penderita adalah penglihatan ganda, penurunan daya lihat, nyeri kepala, hingga kebutaan.

#### b. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit jantung yang sering timbul pada penderita hipertensi ini adalah penyakit jantung koroner dan penyakit jantung hipertensif. Penyakit jantung koroner terkait dengan berbagai gejala yang muncul akibat terganggunya suplai darah ke otot jantung sehingga menimbulkan kerusakan, mulai dari iskemia, cedera hingga kematian otot jantung tersebut.

Peregangan yang berlebihan pada dinding pembuluh darah ini akan menyebabkan luka kecil pada endothelium yang dikenal dengan luka mikroskopik. Meskipun demikian, luka tersebut sudah dapat memicu respons pembekuan sehingga pada akhirnya terbentuk thrombus pada area tersebut. Jika thrombus tersebut terkelupas, maka akan menyisakan pembuluh darah yang tipis. Seiring perjalanan waktu penipisan dinding pembuluh darah tersebut dapat memicu aneurisma yaitu penonjolan dinding pembuluh darah seperti kantong. Aneurisma ini sangat rentan untuk pecah yang dapat berakibat fatal.

Selain itu tingginya resistensi sistemik pada hipertensi membuat jantung harus bekerja lebih keras lagi supaya aliran darah dapat tetap terjaga. Jika hal ini berlangsung lama, akan menyebabkan pembesaran otot jantung (hipertrofi miokard) yang menyebabkan penurunan fungsi jantung itu sendiri.

### c. Hipertensi Serebrovaskular (Stroke)

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko paling penting penyakit stroke baik karena perdarahan maupun emboli. Risiko stroke akan semakin bertambah dengan semakin tingginya tekanan darah. Tingginya regangan pada dinding pembuluh darah akan menyebabkan luka mikroskopik yang dapat menjadi pemicu terbentuknya thrombus pada area tersebut. Thrombus yang terbentuk menyebabkan penyempitan pada lumen pembuluh darah sehingga bisa menurunkan aliran darah serebral. Demikian pula ketika thrombus terlepas dan ikut bersama aliran darah, maka ia akan menimbulkan sumbatan pada pembuluh darah dengan diameter yang lebih kecil. Penurunan aliran darah ini akan menyebabkan iskemia hingga kematian sel-sel otak. Kondisi seperti ini dikenal dengan stroke non-hemoragik.

Selain itu, luka akibat regangan pada dinding pembuluh darah atau luka bekas dari thrombus yang terlepas menyebabkan kelemahan pada lokasi dinding pembuluh darah tersebut. Akibatnya daerah tersebut mudah mengalami aneurisma atau ruptur, sehingga menimbulkan perdarahan di area otak. Perdarahan di otak yang menimbulkan kerusakan pada sel-sel otak disebut stroke hemoragik.

### d. Ensefalopati (Kerusakan Otak)

Hipertensi merupakan sindrom yang ditandai oleh perubahan neurologis secara mendadak akibat peningkatan tekanan darah arteri. Sindrom tersebut akan hilang jika tekanan darah dapat diturunkan kembali. Gejala yang sering muncul biasanya nyeri kepala hebat, bingung, lamban, muntah, mual, dan gangguan penglihatan. Gejala ini umumnya bertambah berat dalam waktu 12-48 jam, pasien dapat mengalami kejang, penurunan kesadaran, hingga kebutaan. Kondisi ini sering terjadi pada hipertensi maligna yang mengalami peningkatan tekanan darah secara cepat.

## 2.2 Konsep Keluarga

Pada pembahasan konsep keluarga, penulis memaparkan mengenai definisi keluarga, ciri-ciri keluarga, tipe keluarga, fungsi keluarga, struktur keluarga, peranan keluarga, tugas keluarga, dan tahap perkembangan keluarga.

### 2.2.1 Definisi Keluarga

Menurut Friedman (1999) keluarga merupakan kesatuan dari orang-orang yang terkait dalam perkawinan, ada hubungan darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah.

Menurut Duvall (1977) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota.

Menurut Departemen kesehatan Republik Indonesia, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008).

Menurut UU No 52 tahun 2009 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, yang terdiri dari suami, istri, atau suami dan anak, atau ayah ibu dan anak.

### 2.2.2 Ciri-ciri Keluarga

Keluarga merupakan system interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran, dan aturan atau nilai-nilai yang menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga. Struktur keluarga tersebut memiliki ciri-ciri antara lain :

#### a. Terorganisasi

Keluarga merupakan cerminan organisasi dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing untuk mencapai tujuan keluarga. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, anggota keluarga saling berhubungan dan saling bergantung antara satu dengan yang lainnya.

#### b. Keterbatasan

Setiap anggota keluarga memiliki kebebasan, namun juga memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya.

#### c. Perbedaan dan Kekhususan

Setiap anggota memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi tersebut cenderung berbeda dan khas, yang menunjukkan adanya ciri perbedaan dan kekhususan. Misalnya saja ayah sebagai pencari nafkah utama dan ibu yang bertugas merawat anak-anak (Widyanto, 2014).

### 2.2.3 Tipe Keluarga

Menurut (Widyanto, 2014) Keluarga memiliki berbagai macam tipe yang dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional, yaitu :

#### a. Keluarga Tradisional

- 1) *The Nuclear Family* (Keluarga Inti), yaitu keluarga yang terdiri suami, istri dan anak.
- 2) *The Dyad Family*, yaitu keluarga yang terdiri suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tanpa anak.
- 3) Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suatu istri yang sudah tua dengan sudah memisahkan diri.
- 4) *The Childless Family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya. Penyebabnya adalah karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) *The Extended Family* (keluarga besar), yaitu keluarga yang terdiri tiga generasi hidup bersama dalam satu rumah seperti *nuclear family* disertai paman, bibi, orang tua (kakek dan nenek), keponakan dan lain sebagainya.
- 6) *The Single Parent Family* (keluarga duda atau janda), yaitu keluarga yang terdiri dari suatu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.
- 7) *Commuter Family*, yaitu keluarga dengan kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama di salah satu kota yang menjadi tempat tinggal.
- 8) *Multigenerational Family*, yaitu keluarga dengan generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) *Kin-network Family*, yaitu keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan menggunakan barang-barang serta

pelayanan bersama. Seperti, menggunakan dapur, kamar mandi, televisi, atau telepon bersama.

- 10) *Blended Family*, yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
- 11) *The Single adult living alone / single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya (separasi) seperti perceraian atau di tinggal mati.

b. Keluarga Non-Tradisional

- 1) *The unmarried teenage mother*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *The stepparent family*, yaitu keluarga dengan orangtua tiri.
- 3) *Commune Family*, yaitu keluarga dengan beberapa pasangan keluarga anaknya yang tidak memiliki hubungan saudara, hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Gay dan Lesbian family*, yaitu keluarga dengan seseorang yang persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri.
- 6) *Cohabiting couple*, yaitu keluarga dengan orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 7) *Group-marriage family*, yaitu keluarga dengan beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagai sesuatu, termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
- 8) *Group network family*, yaitu keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

- 9) *Foster family*, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara untuk waktu sementara.
- 10) *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.
- 11) *Gang*, yaitu sebuah bentuk keluarga yang destruktif, dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan criminal dalam kehidupannya.

#### 2.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1999), lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut :

a. Fungsi Afektif

Adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

b. Fungsi sosialisasi

Adalah proses perkembangan dan perubahan individu, keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.

c. Fungsi reproduksi

Adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti : sandang, pangan, dan papan.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan dengan melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu keluarga mempunyai tugas untuk memelihara kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing-masing.



### 2.2.5 Struktur Keluarga

Menurut Setyawan (2012) struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam struktur keluarga diantaranya adalah :

a. Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal

Sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga menikah

Hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

### 2.2.6 Peranan keluarga

Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu.

Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, antara lain adalah:

a. Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok social tertentu.

b. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok social tertentu.

c. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, social dan spiritual (Setiadi, 2008).

### 2.2.7 Tugas Kesehatan keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1999), yaitu :

a. Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mngenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga, dan bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mngatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari batuan dari luar.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan

pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk memdayagunakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

### 2.2.8 Tahap perkembangan keluarga

Kerangka perkembangan keluarga menurut Duvall (1977) memberikan pedoman untuk memeriksa serta menganalisa perubahan dan perkembangan tugas-tugas dasar yang ada dalam keluarga selama siklus kehidupan mereka.

Tingkat perkembangan keluarga ditandai oleh usia anak yang tertua.

a. Tahap pasangan baru atau keluarga baru (*begining family*)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu, yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain :

- 1) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama
- 2) Menetapkan tujuan bersama
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok social
- 4) Merencanakan anak (KB)
- 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

b. Tahap II keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama sampai anak pertama ber usia 30 bulan. Tugas pada perkembangan ini antara lain :

- 1) Persiapan menjadi orangtua
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab
- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan
- 4) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing
- 5) Memfasilitasi role learning anggota keluarga
- 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

c. Tahap III keluarga dengan anak pra sekolah (*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa nyaman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar)
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak (tahap paling repot)
- 6) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan social anak, pendidikan dan semangat belajar
- 2) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan
- 3) Menyediakan aktivitas untuk anak
- 4) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak

e. Tahap V keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Tahap ini dimulai pada anak saat usia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuan keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri lebih menjadi dewasa. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.
- 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- 4) Perubahan system peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga

f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching ceter families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu orang tua suami dan istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya

- 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga
- 6) Berperan suami istri, kakek, dan nenek
- 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya

g. Tahap VII keluarga usia pertengahan (*middle agee families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan dirasakan sulit karena masalah usia lanjut, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan kesehatan
- 2) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai
- 3) Memulihkan hubungan antara generasi muda dengan generasi tua
- 4) Keakraban dengan pasangan
- 5) Memelihara hubungan/kontak dengan anak keluarga
- 6) Persiapan masa tua atau pension dan meningkatkan keakraban pasangan

h. Tahap VIII keluarga usia lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal, sampai keduanya meninggal. Proses usia lanjut dan pension merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses usia lanjut dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan social merawat

- 5) Melakukan file review
- 6) Menerima kematian pasangan, kawan, dan mempersiapkan kematian (Mubarak & Iqbal, 2012)

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga pada Pasien Hipertensi**

Asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pola makan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2019.

#### **2.3.1 Pengkajian**

##### **a. Identitas Kepala Keluarga**

Nama Kepala Keluarga (KK)

##### **b. Komposisi Keluarga**

###### **1) Jenis Kelamin**

Pada umumnya insiden pada pria lebih tinggi dari pada wanita, tetapi usia 65 tahun keatas insiden wanita lebih tinggi. Pada umumnya wanita akan mempunyai risiko tinggi terhadap hipertensi apabila telah memasuki masa menopause (Benson, 2012).

###### **2) Umur**

Laki-laki berusia 35 sampai 50 tahun dan wanita pasca menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi (Ardiansyah, 2012)

###### **3) Pekerjaan**

Orang yang bekerja cenderung memiliki sedikit waktu untuk mengunjungi fasilitas kesehatan sehingga akan semakin sedikit pula ketersediaan waktu dan kesempatan untuk melakukan pengobatan (Notoatmodjo, 2007).

###### **4) Status sosial ekonomi keluarga**

Memperngaruhi asupan nutrisi (garam dapur) tergantung pendapatan dalam suatu rumah tangga.

###### **5) Jumlah anggota keluarga**

Semakin sedikit keluarga yang terdapat disuatu rumah tangga maka sering muncul masalah yang mengarah lima tugas keluarga karena minimnya komunikasi dalam pengambilan keputusan (Anggara, 2012)

#### 6) Pendidikan

Pendidikan seseorang semakin tinggi maka semakin rendah angka ketidakpatuhan dan ketidaktauan seseorang itu mengenai sesuatu dikarenakan ilmu yang didapatkan dijadikan acuan (Anggara, 2012)

#### c. Genogram

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) mempertinggi resiko terkena hipertensi. Jika kedua orang tua kita mempunyai hipertensi, kemungkinan kita mendapatkan penyakit hipertensi sebanyak 60% (Mannan, 2012)

#### d. Type keluarga

Terdapat 2 type keluarga, dimana type keluarga yang pertama adalah type keluarga tradisional yang terdiri dari 11 jenis type keluarga dan yang kedua type non-tradisional atau type modern yang terdiri dari 8 type keluarga. Setiap type keluarga dalam rumah tangga berbeda dengan satu sama lain. Pada umumnya keluarga mengalami kesulitan berkomunikasi dalam sehari-hari, sehingga untuk memutuskan dan atau mencari solusi dari masalah itu sulit.

#### e. Agama

Mengidentifikasi agama dan kepercayaan keluarga yang dianut yang didapat mempengaruhi kesehatan. Seseorang tidak patuh terhadap terapi diet ini dikarenakan mengkonsumsi olahan yang diberikan pada saat menghadiri selamatan, karena tidak sesuai dengan takaran garam (natrium) yang seharusnya sudah ditentukan dietnya.

#### f. Suku Bangsa

Penyakit hipertensi ternyata banyak diderita orang Madura. Hal ini dikarenakan kadar garam yang cukup tinggi dalam sebagian besar makanan yang di konsumsi masyarakat Madura (Putra, 2012).

#### g. Aktivitas rekreasi

Menjelaskan kemampuan dan kegiatan keluarga untuk melakukan rekreasi secara bersama baik di luar dan dalam rumah, juga tentang kuantitas yang dilakukan. Jika aktivitas rekreasi ini tidak dilakukan oleh suatu rumah tangga



maka yang terjadi stress, dimana stress tersebut dapat memicu terjadinya hipertensi (Prasetyorini, 2012)

#### h. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

##### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap ini ditentukan dengan anak tertua. Hipertensi umumnya terjadi pada tahap lima sampai delapan.

- a) Tahap 5 : keluarga dengan anak remaja
- b) Tahap 6 : keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)
- c) Tahap 7 : keluarga usia pertengahan (middle age families)
- d) Tahap 8 : keluarga lanjut usia

##### 2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.

Bagian ini menjelaskan tentang tugas keluarga yang belum terpenuhi dan kendala yang dihadapi oleh keluarga. Pada saat perkembangan yang belum terpenuhi ini dapat mengakibatkan kondisi pasien mengalami stress sehingga dapat meningkatkan tekanan darah pasien.

##### i. Riwayat kesehatan keluarga inti.

Riwayat kesehatan ini menjelaskan mengenai kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap upaya pencegahan penyakit, upaya dan pengalaman keluarga terhadap pelayanan kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan kesehatan.

##### j. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya.

Menjelaskan tentang riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga, riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

#### k. Keadaan Lingkungan

##### 1) Karakteristik Rumah

Menjelaskan tentang hasil identifikasi rumah yang di huni keluarga meliputi luas, type, jumlah ruangan, pemanfaatan ruangan, jumlah ventilasi, peletakan perabot rumah tangga, sarana air bersih dan minum yang digunakan. Keadaan rumah akan lebih mudah dipelajari bila digambar sebagai denah rumah. Ukuran rumah menentukan besarnya rasio antara penghuni dan tempat yang

tersedia. Semakin besar rumah dan semakin sedikit penghuninya, maka akan semakin besar rasio terjadinya stres. Sebaliknya, semakin kecil rumah dan semakin banyak penghuninya, maka akan semakin kecil rasio terjadinya stress yang dapat menyebabkan hipertensi (Erlinda, 2016).

## 2) Karakteristik Tetangga dan Komunitasnya

Karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yaitu tempat keluarga bertempat tinggal, meliputi kebiasaan, seperti lingkungan fisik, nilai atau norma serta aturan atau kesepakatan penduduk setempat, dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan khususnya ketidakpatuhan terapi hipertensi sehingga peningkatan tekanan darah sering terjadi.

## 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 di bina.

## 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.

## 5) System 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 sosial yang ada disekitar keluarga yang dapat digunakan untuk meningkatkan upaya kesehatan.

### 1. Struktur Keluarga

#### 1) Struktur peran

Yang menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga secara formal maupun informal baik di keluarga atau masyarakat.

#### 2) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan nilai atau norma yang dipelajari dan dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

### 3) Pola komunikasi keluarga

Cara keluarga dalam berkomunikasi, siapa pengambil keputusan utama, dan bagaimana peran anggota keluarga dalam menciptakan komunikasi. Perlu dijelaskan pula hal-hal apa saja yang juga mempengaruhi komunikasi keluarga.

### 4) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan anggota keluarga untuk mengubah perilaku yang berhubungan dengan ketidakpatuhan regimen terapi hipertensi.

## m. Fungsi Keluarga

### 1) Fungsi Afektif

Menjelaskan tentang bagaimana keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dan dukungan terhadap anggota keluarga.

### 2) Fungsi sosialisasi

Menjelaskan tentang bagaimana cara memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, berinteraksi dan berhubungan dalam keluarga.

### 3) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit.

### 4) Fungsi ekonomi

Menjelaskan sejauhmana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

### 5) Fungsi reproduksi

Menjelaskan tentang bagaimana keluarga memiliki dan upaya pengendalian jumlah anggota keluarga.

## n. Stress dan koping keluarga

Sumber koping keluarga terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga dalam suatu keluarga yang mempunyai koping internal yang baik apabila keluarga tersebut mempunyai ciri seperti pengontrolan, subsistem, pola komunikasi dan terintegasi dengan baik. Sedangkan koping eksternal

berhubungan dengan penggunaan system pendukung social oleh keluarga (Susanto, 2012).

o. Pemeriksaan Fisik

Adapun pemeriksaan fisik menurut (Doengoes, 1999) adalah :

1) Keluhan utama

Sering menjadi keluhan klien untuk meminta pertolongan kesehatan yakni merasa pusing pada kepala bagian belakang.

2) Riwayat penyakit sekarang

Hipertensi sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas, biasanya terjadi nyeri kepala atau pusing, pandangan kabur, sampai terjadi epistaksis.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit hipertensi (keturunan), anemia, obat-obatan adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat anti hipertensi, antipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat hipertensi dan stroke dari generasi sebelumnya.

5) Harapan keluarga

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

6) Pemeriksaan TTV

Hasil tekanan darah lebih dari 139/89 mmHg.

7) Pemeriksaan fisik (head to toe)

a) Kepala : terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang, ada tidaknya oedema dan lesi, serta adakah kelainan bentuk kepala.

- b) Mata : biasanya terdapat conjungtivitis, anemis.
- c) Hidung : biasanya dapat dijumpai epistaksis jika sampai terjadi kelainan vaskuler akibat dari hipertensi.
- d) Mulut : biasanya ada perdarahan pada gusi.
- e) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau pembesaran tonsil.
- f) Dada : sering dijumpai tidak ditemukan kelainan, inspeksi bentuk dada, simetris atau tidak serta ictus cordis nampak atau tidak. Palpasi didapatkan vocal fremitus hasilnya positif disemua kuadran. Perkusi hasilnya sonor, dan auskultasi tidak terdengar suara nafas tambahan.
- g) Perut : sering dijumpai tidak ditemukan kelainan. Inspeksi meliputi bentuk perut. Palpasi didapatkan teraba kenyal atau supel, tidak terdapat distensi. Perkusi hasilnya tympani, dan auskultasi terdengar bising usus normal.
- h) Ekstremitas atas dan bawah : pada pasien dengan hipertensi tidak terjadi kelainan tonus otot, terkecuali jika sudah terjadi komplikasi dari hipertensi itu sendiri seperti stroke, maka akan terjadi penurunan tonus otot atau hemiparase.

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

#### a. Tipologi Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga yang muncul dapat bersifat actual, resiko dan sejahtera dengan penjabaran sebagai berikut :

##### 1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, seperti : nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

##### 2) Resiko (Ancaman Kesehatan)

Sudah ada data yang menunjang tetapi belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat,

seperti : resiko cidera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah.

### 3) Wellness (Keadaan Sejahtera)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Khusus untuk diagnose keperawatan potensial (sejahtera) boleh tidak menggunakan etiologi (ADP, 2013).

#### b. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

- 1) Ketidapatuhan pola makan
- 2) Gangguan pemeliharaan kesehatan anggota keluarga
- 3) Gangguan rasa nyaman (Nyeri)
- 4) Resiko terjadi komplikasi
- 5) Resiko cidera

#### c. Komponen Diagnosis Keperawatan Keluarga

##### 1) Problem/Masalah

Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan karena adanya kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi. Masalah keperawatan yang diangkat merujuk pada NANDA.

Dalam laporan kasus ini, masalah keperawatan yang diambil adalah Ketidapatuhan Pola Makan.

##### a) Definisi

Perilaku individu atau pemberi asuhan yang gagal untuk menepati rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang telah disepakati oleh individu (atau keluarga/komunitas) dan tenaga kesehatan profesional. Dengan adanya rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang disepakati, perilaku individu atau pemberi asuhan sepenuhnya atau sebagian tidak patuh dan dapat mengakibatkan hasil yang secara klinis tidak efektif atau hasil yang sebagian tidak efektif (Wilkinson, 2016).

- b) Batasan karakteristik
  - (1) Perilaku yang menunjukkan kegagalan untuk mematuhi (dengan observasi langsung atau melalui pernyataan pasien atau orang terdekat)
  - (2) Menunjukkan perkembangan komplikasi
  - (3) Menunjukkan perburukan gejala
  - (4) Tidak kembali memeriksakan diri sesuai janji
  - (5) Gagal menunjukkan kemajuan
  - (6) Tes objektif (mis, pengukuran fisiologis, deteksi tanda-tanda fisiologis)
- c) Factor-faktor yang berhubungan
  - (1) Pengaruh budaya
  - (2) Deficit pengetahuan perilaku regimen
  - (3) Kepercayaan kesehatan
  - (4) System nilai individu
  - (5) Kekuatan motivasi
  - (6) Kemampuan pribadi dan perkembangan
  - (7) Orang terdekat

## 2) 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, kemampuan memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia di lingkungan.

## d. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Tabel 2.1 Penentuan Prioritas masalah

| NO | Kriteria                       | Skor | Bobot |
|----|--------------------------------|------|-------|
| 1  | Sifat Masalah                  |      |       |
|    | a) Aktual (Tidak/kurang sehat) | 3    |       |
|    | b) Ancaman Sejahtera           | 2    | 1     |
|    | c) Keadaan Sejahtera           | 1    |       |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 2 | Kemungkinan masalah dapat diubah                    |   |   |
|   | a) Mudah  | 2 |   |
|   | b) Sebagian   | 1 | 2 |
|   | c) Tidak dapat                                      | 0 |   |
| 3 | Potensi masalah untuk dicegah                       |   |   |
|   | a) Tinggi   | 3 |   |
|   | b) Sedang   | 2 | 1 |
|   | c) Rendah   | 1 |   |
| 4 | Menonjolnya masalah                                 |   |   |
|   | a) Masalah berat, harus segera ditangani            | 2 |   |
|   | b) Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani | 1 | 1 |
|   | c) Masalah tidak dirasakan                          | 0 |   |

Skoring :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Catatan : skor dihitung bersama dengan keluarga

Nilai bobot diatas (1 – 2 – 1 – 1) merupakan sebuah ketetapan, jadi tidak bisa diganti dengan angka 3, 4 ataupun angka lainnya. Skoring maksimal adalah 5 (bobot maksimal = 1+2+1+1 = 5)

(1) Kriteria 1

Sifat masalah : bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

(2) Kriteria 2

Kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan terjangkaunya factor-faktor sebagai berikut :

- (a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- (b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
- (c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- (d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat.

(3) Kriteria 3



Potensi masalah dapat dicegah, factor-faktor yang perlu diperhatikan :

- (a) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
  - (b) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
  - (c) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
  - (d) Adanya kelompok “high risk” atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
- (4) Kriteria 4

Menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga (ADP, 2013).

### 2.3.3 Intervensi

Intervensi adalah suatu proses merumuskan tujuan yang diharapkan sesuai prioritas masalah keperawatan keluarga, memilih strategi keperawatan yang tepat, dan mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat perlu menyeleksi sumber-sumber dalam keluarga yang dapat dimanfaatkan, serta memprioritaskannya (Sudiharto, 2007).

#### a. Penetapan tujuan (ADP, 2013)

##### 1) Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemandirian klien (mengatasi problem NANDA). Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga. Dalam masalah ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali tatap muka diharapkan klien menjadi patuh dalam melakukan terapi diet hipertensi.

NOC :

Ketidapatuhan akan menurun, yang dibuktikan oleh :

- a) Perilaku ketaatan
- b) Performa pemberi asuhan : perawatan langsung
- c) Performa pemberi asuhan : perawatan tidak langsung
- d) Perilaku kepatuhan

- e) Motivasi
- f) Perilaku terapi : penyakit atau cedera

## 2) Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupannya (mengatasi 5 tugas kesehatan keluarga).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluarga dapat menunjukkan perilaku dengan indicator :

- a) Melaporkan penggunaan strategi untuk menghilangkan perilaku tidak sehat dan memaksimalkan kesehatannya.
- b) Menjelaskan alasan penyimpangan.
- c) Menimbang resiko atau keuntungan dari perilaku kesehatan.
- d) Menggunakan layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.
- e) Patuh pada pengobatan dan program penanganan.

## b. Penetapan Kriteria dan Standart

### 1) Kriteria

Merupakan gambaran factor petunjuk tercapainya tujuan dalam tiga domain yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (sikap), dan psikomotor.

### 2) 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. Hal ini mengacu pada kemandirian keluarga dalam melakukan lima fungsi perawatan kesehatan keluarga yang terdiri dari, mengenal masalah kesehatan, memelihara lingkungan yang sehat, merawat anggota keluarga yang sakit, mengambil keputusan yang tepat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

## c. Intervensi

Intervensi sangat bergantung pada etiologi. Tidak setiap kemungkinan intervensi dapat ditunjukkan. Intervensi ketidakpatuhan menurut NANDA NIC NOC adalah sebagai berikut :

### 1) Aktivitas Keperawatan

- a) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan tentang hospitalisasi serta hubungan dengan pemberi layanan kesehatan.
  - b) Berikan dukungan emosi kepada anggota keluarga untuk membantu mereka mempertahankan hubungan positif dengan pasien.
  - c) Berikan penguatan positif terhadap kepatuhan untuk mendukung perilaku positif yang terus-menerus.
  - d) Buat kontak tertulis dengan pasien, dan evaluasi perilaku patuh secara berkelanjutan.
  - e) Gali bersama klien kemungkinan kendala untuk mengubah perilaku.
  - f) Identifikasi bersama klien strategi yang paling efektif untuk mengubah perilaku.
  - g) Bantu pasien dalam merumuskan rencana yang sistematis untuk mengubah perilaku (termasuk penguatan dan penghargaan intrinsik maupun ekstrinsik).
  - h) Bantu pasien dalam mengidentifikasi keberhasilan sekecil apapun.
- 2) Penyuluhan untuk pasien atau keluarga
- a) Bantu klien atau keluarga memahami kebutuhan untuk mematuhi program terapi dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan.
  - b) Informasikan kepada klien sumber-sumber komunitas yang sesuai dan orang yang dapat dihubungi.
  - c) Berikan instruksi tertulis tentang manfaat dan lokasi aktivitas pelayanan kesehatan, jika perlu.
- 3) Aktivitas kolaboratif
- a) Konsultasikan dengan dokter tentang kemungkinan perubahan program pengobatan untuk mendukung kepatuhan pasien.
  - b) Koordinasikan rujukan kepada penyedia layanan kesehatan yang relevan, jika perlu.
  - c) Identifikasi dan fasilitasi komunikasi di antara penyedia layanan kesehatan dan pasien dan keluarga, jika perlu.
  - d) Koordinasikan dan jadwalkan waktu yang diperlukan oleh masing-masing pelayanan untuk memberikan perawatan, jika perlu.

- e) Lakukan kontak tindak lanjut dengan pasien, jika perlu.
- f) Bantu individu melengkapi formulir untuk mendapatkan bantuan, seperti pemondokan dan bantuak keuangan, jika perlu.

#### 4) Intervensi NIC

- a) Dukungan Pemberi Asuhan
- b) Edukasi Kesehatan
- c) Panduan system kesehatan
- d) Fasilitasi pembelajaran
- e) Penetapan tujuan bersama
- f) Kontrak pasien
- g) Bantuan modifikasi diri
- h) fasilitasi tanggung jawab diri
- i) penyuluhan : proses penyakit
- j) penyuluhan : individual

#### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan 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 yang tepat terkait dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2007).

#### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standart yang telah di tetapkan untuk melihat keberhasilannya(Suprajitno, 2004).

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarganya(Sudiharto, 2007).

Menurut Faisaldo (2014) evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- a. Evaluasi Berjalan (Evaluasi Formatif)  
Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berorientasi pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.
- b. Evaluasi akhir (sumatif) evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

## **BAB 3. METODE PENULISAN**

Pada bab 3 ini penulis akan membahas pendekatan yang akan di gunakan dalam penulisan ini.

### **3.1 Desain Penulisan**

Laporan kasus adalah laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci dengan tujuan peningkatan capaian pengobatan. Pada penulisan ini, akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan Kepada Keluarga Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019 dengan penyusunan karya tulis ini dilaksanakan melalui :

3.1.1 Studi lapangan untuk memperoleh data primer yaitu data yang diperoleh penulis secara langsung dari sumber data, baik melalui pengamatan (observasi), wawancara (interview), pemeriksaan fisik maupun hasil pengukuran langsung lainnya. Data ini dari sumber lapangan (klien/keluarga).

3.1.2 Studi kepustakaan digunakan untuk memperoleh teori-teori dan sebagai rujukan untuk melengkapi data sekunder yang relevan dan mutakhir dengan permasalahan. Data sekunder yang dimaksud adalah data yang diperoleh penulis dengan memanfaatkan data yang terlebih dahulu dikumpulkan dan dilaporkan oleh pihak lain, dalam bentuk publikasi ilmiah seperti buku, jurnal, majalah ilmiah dan lain sebagainya.

### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2019.

#### **3.2.1 Keluarga**

Menurut UU No 52 tahun 2009 keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, yang terdiri dari suami, istri, atau suami dan anak, atau ayah ibu dan anak.

### 3.2.2 Hipertensi

Tekanan darah mencapai 140/90 mmHg dengan 3 kali pemeriksaan.

3.2.3 Ketidapatuhan minum obat adalah anggota keluarganya yang mengalami 2 (dua) atau lebih tanda berikut:

3.2.3.1 Perilaku yang menunjukkan kegagalan untuk mematuhi dengan observasi langsung atau melalui pernyataan pasien atau orang terdekat.

3.2.3.2 Menunjukkan perkembangan komplikasi

3.2.3.3 Menunjukkan perburukan gejala

3.2.3.4 Tidak kembali memeriksakan diri sesuai janji

3.2.3.5 Tes objektif misalnya, pengukuran fisiologis, deteksi tanda-tanda fisiologis)

## 3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 keluarga yang memenuhi kriteria berikut :

3.3.1 Memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi

3.3.2 Terdaftar di Puskesmas Rogotruran

3.3.3 Mengalami masalah keperawatan ketidapatuhan minum obat

3.3.3 Umur lebih dari 18 tahun sebelum mengalami masa *menopause*

3.3.4 Tidak mengalami komplikasi

3.3.5 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent

## 3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019.

#### 3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang. Penelitian ini dilaksanakan di kedua rumah pasien dengan anggota keluarga terdiagnosis Hipertensi

#### 3.4.2 Waktu

Total waktu pengambilan data adalah bulan Juni sampai Juli 2019 dengan kunjungan minimal 3x pada satu pasien.

### **3.5 Pengumpulan Data**

#### 3.5.1 Wawancara

Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada pasien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi pasien, biasanya juga disebut anamnesa. Anamnesa mulai dari identitas pasien / biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan masalalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat tumbuh kembang, dan riwayat psikososial.

#### 3.5.2 Observasi

Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Khususnya observasi terhadap adanya ketidakpatuhan minum obat pada pasien.

#### 3.5.3 Studi Dokumentasi

Pengambilan data dimulai dari pasien masuk sampai pasien pulang, berasal dari dokumen perkembangan pasien atau data yang berasal langsung dari pasien. Dokumentasi keadaan klien merupakan alat komunikasi terhadap masalah yang muncul berkaitan dengan klien, dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### 3.5.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara langsung dan menyeluruh mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki. Dilakukan pemeriksaan mulai dari keadaan umum klien, tanda vital, berat badan, pemeriksaan kepala, pemeriksaan mata, pemeriksaan mulut,



abdomen, pemeriksaan kardiologi, pemeriksaan saraf, pemeriksaan integument, dan musculoskeletal.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Untuk menjamin keabsahan data dalam asuhan keperawatan keluarga yang menderita hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pola makan di Puskesmas Rogotrunan Lumajang maka dilaksanakan pengkajian secara langsung yang dilakukan oleh peneliti itu sendiri sehingga menghasilkan data yang benar.

Sehingga uji keabsahan data yang dapat dilakukan pada studi kasus ini, menggunakan cara :

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau waktu tindakan

3.6.2 Menggunakan sumber informasi tambahan yaitu triangulasi dari 3 sumber data utama yaitu klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

### **3.7 Analisa Data**

Analisis data dilakukan penulis dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intrepetasi wawancara yang akan dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan untuk mengetahui perbedaan data masalah intervensi dan evaluasi hasil oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya di intrepetasikan sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi yang sesuai. Urutan dalam analisis data adalah :

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumentasi). 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 langsung dituliskan dan dipindah secara langsung sesuai data subyektif dan

obyektif yang didapatkan dan membuktikan yang menimbulkan masalah keperawatan sesuai pengkajian Hipertensi.

### 3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan mengaburkan identitas 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 pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

## **3.8 Etika penulisan**

### 3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Penelitian)

*Informed consent* adalah lembar persetujuan penelitian yang diberikan kepada responden dengan tujuan agar subyek mengetahui maksud dan tujuan serta dampak dari penelitian, dengan prinsip peneliti tidak akan memaksa calon responden dan menghormati haknya. Jika responden bersedia diteliti mereka harus menandatangani hak-hak responden. (Hidayat, 2009)

### 3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. (Hidayat, 2009)

### 3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya pengelompokkan data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2009).

## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Kesimpulan**

#### **5.1.1 Pengkajian Keperawatan**

Data yang didapatkan dari hasil pengkajian pada kedua klien yaitu kedua klien berjenis kelamin perempuan, masing-masing berumur 63 tahun dan 59 tahun dan sudah memasuki masa menopause. Kedua klien memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi. Kedua klien menunjukkan perilaku gagal mematuhi ketepatan, gagal mengalami perkembangan kesehatan dan tes objektif darah masih di atas normal.

#### **5.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang telah dilakukan, bahwa pada klien 1 (Ny.S) ditemukan 3 diagnosa dan pada klien 2 (Ny.H) ditemukan 4 diagnosa. Untuk diagnose prioritas pada klien 1 (Ny.S) yaitu ketidak patuhan minum obat dengan etiologi ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan (hipertensi), sedangkan diagnose prioritas pada klien 2 (Ny.H) adalah gangguan rasa nyaman (nyeri) dengan etiologi ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan (hipertensi). Meskipun diagnose prioritas pada klien 2 (Ny.H) adalah gangguan rasa nyaman nyeri, tetapi penulis tetap fokus pada diagnose ketidakpatuhan minum obat karena sesuai dengan judul penelitian.

#### **5.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang telah direncanakan sama dengan teori. Intervensi ini mengacu pada intervensi keluarga yang meliputi diagnose keperawatan, tujuan umum, tujuan khusus, criteria dan standart. Intervensi ketidakpatuhan menurut Wilkinson (2016) yaitu meliputi aktivitas keperawatan dan pendidikan kesehatan sebagai penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit hipertensi dan pentingnya rutin dalam pengobatan hipertensi.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan minum obat secara umum sama. Namun pada kedua klien (Ny.S dan Ny.H) ada intervensi yang membutuhkan pengulangan dan modifikasi. Adapun intervensi yang membutuhkan pengulangan yaitu menjelaskan pada keluarga tentang hipertensi (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan dan pola makan hipertensi). Dan intervensi yang membutuhkan modifikasi yaitu menganjurkan keluarga membantu mengingatkan untuk minum obat secara rutin pada klien dengan hipertensi, menganjurkan keluarga memotivasi klien untuk mematuhi jadwal minum obat yang sudah diberikan, dan mengajarkan keluarga manfaat minum obat secara teratur pada klien dengan tepat sehingga tidak terjadi komplikasi dan tekanan darah dapat terkontrol.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil tercapai dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan minum obat antara lain klien dan keluarga memahami tentang pentingnya dampak ketidakpatuhan dibuktikan dengan ketidakpatuhan akan menurun yang dibuktikan oleh perilaku ketaatan, performa pemberi asuhan (perawatan langsung dan perawatan tidak langsung), perilaku kepatuhan, motivasi, klien dan keluarga dapat memutuskan tindakan yang tepat, klien dan keluarga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam mengatasi penyakit hipertensi, klien dan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi, serta dapat menciptakan lingkungan rumah yang sehat.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya

Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

#### 5.2.2 Bagi Puskesmas

Dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat memaksimalkan atau memonitoring penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan dengan system berkelanjutan dengan meningkatkan kualitas pelayanan, melakukan upaya peningkatan cara penyampaian informasi kepada klien dan keluarga tentang penyakit hipertensi. Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan memperbaiki metode, media ataupun cara penyampaian informasi yang akan diberikan kepada keluarga dan pasien mengenai penyakit hipertensi selain itu perawat hendaknya melakukan pendekatan kepada keluarga pasien sehingga keluarga lebih mudah untuk memberikan informasi.

#### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan khususnya D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang diharapkan bias menambah dan mengembangkan sumber pustaka sehingga ada teori yang bias diterapkan dan dapat memberikan wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan khususnya dalam hal ini yaitu asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi dan dengan ketidapatuhan minum obat.

#### 5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga diharapkan lebih member dukungan / support karena keluarga merupakan orang yang terdekat dengan klien dan bertindak sebagai pengawas dalam kepatuhan minum obat dan sebagai educator tentang perawatan klien dalam upaya mengatasi penyakitnya. Support dalam keluarga juga sangat penting, support ini berupa pelaksanaan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan yang meliputi lima tugas kesehatan keluarga (mengenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan

#### 5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis dapat memodifikasi atau menambahkan frekuensi dukungan pemberi asuhan, edukasi kesehatan dan juga memberikan informasi yang dapat mempengaruhi klien dalam pengendalian hipertensi dan kepatuhan sebagai bentuk dukungan

## DAFTAR PUSTAKA

- ADP, S. G. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Ardiansyah. (2012). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Ketidapatuhan Pasien Penderita Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di RSUD H. Adam Malik*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Aspiani, Y. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Doengoes, M. E. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metodologi Penelitian dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Irianto, K. (2014). *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Bandung: ALFABETHA.
- Julianti. (2005). *Bebas Hipertensi Dengan Terapi Jus*. Jakarta: Puspa Swara.
- Lubis, M. (2013). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Menjalankan Terapi pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Indrapura Kabupaten Batu Bara. 6.
- Mahmudah, S. d. (2015). Hubungan Gaya Hidup dan Pola makan Dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok. 44.
- Mubarak, A., & Iqbal, W. (2012). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novian, A. (2013). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi. *Universitas Negeri Semarang*. Semarang.
- Nugraha, A. (2016). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah : Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Prasetyorini, H. &. (2012). Stress Pada Penyakit Terhadap Kejadian Komplikasi Hipertensi Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Stikes*, 61.

- Putra, J. (2012). *Madura dengan Masalah Kesehatan*. Serial Online.
- ADP, S. G. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Ardiansyah. (2010). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Ketidakpatuhan Pasien Penderita Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di RSUD H. Adam Malik*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Aspiani, Y. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, A., & Iqbal, W. (2012). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sotomo, B. (2006). *Kendalikan Hipertensi dengan Strategi DASH-Natrium*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Wolf, H. (2008). *Cara Mendeteksi dan Mencegah Tekanan Darah Tinggi Sejak Dini*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.



Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
HIPERTENSI**



Disusun Oleh :  
Riko Tri Prasetyo  
NIM : 162303101108

**FAKULTAS KEPERAWATAN  
PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG  
2019**

### **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

|               |   |                                |
|---------------|---|--------------------------------|
| Pokok Bahasan | : | Hipertensi                     |
| Hari/Tanggal  | : | 08 Juli 2019                   |
| Waktu         | : | ± 20 menit                     |
| Tempat        | : | Denok – Lumajang (Rumah Klien) |
| Sasaran       | : | Klien dan Keluarga             |

---

#### **A. Analisa Situasi**

1. Peserta Penyuluhan
  - 1.1 Anggota Keluarga dan Klien Hipertensi
  - 1.2 Minat, perhatian dan antusias dalam menerima materi penyuluhan cukup baik
  - 1.3 Interaksi antara penyuluh dengan audience cukup baik dan interaktif.
2. Penyuluh
  - 2.1 Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
  - 2.2 Mampu mengomunikasikan kegiatan penyuluhan tentang Hipertensi dengan baik dan mudah dipahami oleh audience.
3. Ruangan
  - 3.1 Bertempat di rumah klien
  - 3.2 Penerangan, ventilasi, cukup kondusif untuk kelangsungan kegiatan penyuluhan

#### **B. TUJUAN UMUM**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan keluarga dapat memahami dan mengerti tentang Hipertensi.

#### **C. TUJUAN KHUSUS**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan keluarga dapat menjelaskan kembali tentang :

- a. Pengertian Hipertensi

- b. Penyebab Hipertensi
- c. Tanda dan gejala Hipertensi
- d. Pencegahan Hipertensi
- e. Diet hipertensi
- f. Komplikasi

#### D. Metode

- 1. Ceramah
- 2. Tanya jawab

#### E. Media

- 1. Leaflet.

#### F. KEGIATAN PENYULUHAN

| Kegiatan         | Kegiatan Penyuluhan  | Kegiatan Sasaran                                       | Metode      | Ceramah  |
|------------------|--|--|-------------|----------|
| Pembukaan        | Pembukaan :<br>1. Memberi salam<br>2. Menjelaskan tujuan penyuluhan  | a) menjawab salam<br>b) Mendengarkan dan memperhatikan | Ceramah     | 2 menit  |
| Penyajian Materi | Penyampaian materi :<br>1. Pengertian Hipertensi<br>2. Penyebab Hipertensi<br>3. Tanda dan gejala Hipertensi<br>4. Cara Pencegahan Hipertensi<br>5. Diet Hipertensi<br>6. Komplikasi | Memperhatikan dan mengajukan pertanyaan                | Ceramah     | 15 menit |
| Penutup          | Memberikan pertanyaan dan membuat kesimpulan   | Menjawab pertanyaan                                    | Tanya jawab | 3 menit  |

**G. Materi**

(Terlampir)

**H. EVALUASI**

Memberikan kesempatan pada peserta penyuluhan untuk bertanya dan memberikan pertanyaan kepada peserta penyuluhan.

Pertanyaan :

1. Apa pengertian Hipertensi ?
2. Apa penyebab Hipertensi ?
3. Bagaimana tanda dan gejala Hipertensi ?
4. Bagaimana cara pencegahan Hipertensi ?
5. Bagaimana diet Hipertensi ?
6. Komplikasi Hipertensi ?

## **LAMPIRAN MATERI**

### **HIPERTENSI**

#### **A. Pengertian Hipertensi**

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg (Aspiani, 2014). Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin, 2012). Pengukuran tekanan darah masing-masing dapat memberi hasil yang bervariasi secara signifikan, sehingga membutuhkan konfirmasi, namun hipertensi berat diketahui berdasarkan pengukuran berulang yang dilakukan paling sedikit pada dua dan waktu yang berbeda (Aaronson & Ward, 2008).

Menurut WHO tekanan darah normal jika <130 mmhg dan diastol < 85 mmhg. Sedangkan tekanan darah dikatakan optimal jika sistol <120 mmhg, diastol < 80 mmhg.

#### **B. Penyebab**

##### **1. Faktor Usia**

Tidak bisa dipungkiri faktor usia merupakan salah satu penyebab seseorang terkena penyakit darah tinggi, semakin bertambahnya usia seseorang akan mengurangi elastisitas pembuluh darah sehingga tekanan darah didalam tubuh orang yang sudah lanjut usia akan mengalami kenaikan dan bisa melebihi batas normalnya. Tekanan darah tinggi sangat sering terjadi pada orang berusia lebih dari 60 tahun karena tekanan darah secara alami cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Menurut Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan, kejadian hipertensi paling tinggi pada usia 30-40 tahun.

##### **2. Faktor Keturunan**

Orang tua yang mempunyai penyakit darah tinggi atau hipertensi ada kemungkinan bisa menurunkan kepada anaknya, jadi jika orang tua anda

mengalami sakit darah tinggi sebaiknya anda selalu waspada karena anda juga bisa terkena penyakit tersebut.

### 3. Faktor Jenis Kelamin

Para peneliti berpendapat bahwa pria yang berusia 45 tahun lebih berisiko terkena penyakit darah tinggi dibandingkan wanita, hal tersebut dikarenakan laki-laki mempunyai kebiasaan hidup yang buruk, yang mana kebiasaan tersebut terus saja berulang kali mereka lakukan tanpa menyadari akan efek yang akan dapat terjadi, kebiasaan tersebut seperti halnya merokok, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi makanan yang tak sehat, bekerja berlebihan, kurang istirahat serta jarang olahraga. Kebiasaan sedemikian tersebut merupakan faktor pemicu atau resiko yang tinggi dalam terkena hipertensi menjadi lebih cepat, sedangkan wanita yang berusia diatas 65 tahun lebih berisiko terkena penyakit darah tinggi.

### 4. Faktor Olahraga

Orang yang tidak pernah melakukan berbagai olahraga akan lebih berisiko terkena penyakit darah tinggi, gaya hidup yang tidak sehat karena tidak pernah melakukan olahraga akan menyebabkan jantung menjadi tidak sehat jika jantung tidak sehat secara otomatis jantung tidak bisa memompa darah dan akan mengakibatkan aliran darah didalam tubuh menjadi tidak lancar.

### 5. Pola Makan

Pola makan yang buruk merupakan salah satu penyebab orang terkena penyakit darah tinggi, jika seseorang sering sekali mengkonsumsi makanan-makanan yang mempunyai kadar lemak tinggi dia akan berisiko terkena penyakit hipertensi. Penelitian menunjukkan adanya kaitan antara asupan natrium yang berlebihan dengan tekanan darah tinggi pada beberapa individu. Asupan natrium yang meningkat menyebabkan tubuh meretensi cairan, yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, diet tinggi garam dapat mengecilkan diameter dari arteri. Jantung harus memompa lebih keras untuk mendorong volume darah yang meningkat melalui ruang sempit. Akibatnya adalah hipertensi.

## 6. Minum Alkohol

Minuman beralkohol sangat tidak baik untuk kesehatan tubuh, jika anda yang sering mengkonsumsi minuman beralkohol sebaiknya anda mulai mengurangi kebiasaan buruk anda bahkan anda harus menghentikannya.

## 7. Stres

Pada keadaan stres, tubuh meningkatkan produksi hormon stres yakni kortisol dan adrenalin. Kedua ini meningkatkan kerja jantung, yang jika terus menerus terpapar akan membuat gangguan pada jantung. Jika dilihat dari sistem saraf, stres dapat menyebabkan hipertensi dengan menstimulasi sistem saraf dalam meningkatkan hormon yang menyempitkan pembuluh darah, misalnya seperti adrenalin yang telah disebutkan di atas.

## 8. Merokok

Rokok menyebabkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan juga menyebabkan pengapuran sehingga volume plasma darah berkurang karena tercemar nikotin, akibatnya viskositas darah meningkat sehingga timbul hipertensi. Merokok dapat meningkatkan tekanan darah secara temporer yaitu tekanan darah sistolik yang naik sekitar 10 mmHg dan tekanan darah diastolik naik sekitar 8 mmHg. Merokok juga dapat menghapuskan efektivitas beberapa obat antihipertensi. Misalnya, pengobatan hipertensi yang menggunakan terapi betablocker dapat menurunkan risiko penyakit jantung dan stroke hanya bila pemakainya tidak merokok karena merokok merupakan faktor risiko utama untuk munculnya penyakit kardiovaskular.

## C. Tanda dan Gejala

### a. Pusing kepala

Sakit kepala atau mengalami pusing kepala (nyeri di belakang kepala dan tengkuk) karena ini yang merupakan dari gejala hipertensi yang lebih umum terjadi pada penderita hipertensi atau tekanan darah tinggi, terlebih lagi jika para penderitanya memiliki tekanan lebih tinggi.

b. Mimisan

Mimisan yang muncul bersamaan dengan sakit kepala yang parah, merupakan dari salah satu adanya gejala hipertensi, oleh sebab itu jangan selalu anda biarkan jika mimisan menimpa anda.

c. Kesemutan

Semakin meningkatnya pada taraf hipertensi pada penderitanya, maka akan mengakibatkan mati rasa atau kesemutan. Hal ini dikarenakan gangguan pembuluh darah, sehingga aliran darah pada daerah yang berada ditepi seperti kaki dan tangan tidak lancar atau terganggu, hal ini akan memicu saraf terganggu apabila kebutuhan oksigen dan nutrisi tidak didapat akibat aliran darah yang terganggu. Akhirnya timbulah gejala kesemutan.

d. Mual

Mual dan muntah yang menjadi gejala hipertensi dan penyakit lainnya, namun yang perlu anda pahami lagi bahwa mual dan muntah yang terjadi pun bisa saja disebabkan karena tekanan darah tinggi

D. Pencegahan

a. Sebelum hipertensi

- 1) Mengurangi/menghindari setiap perilaku yang memperbesar risiko, yaitu menurunkan berat badan bagi yang kelebihan berat badan dan kegemukan, menghindari meminum minuman beralkohol, mengurangi/menghindari makanan yang mengandung makanan yang berlemak dan berkolesterol tinggi.
- 2) Peningkatan ketahanan fisik dan perbaikan status gizi, yaitu melakukan olahraga secara teratur dan terkontrol seperti senam aerobik, jalan kaki, berlari, naik sepeda, berenang, diet rendah lemak dan memperbanyak mengonsumsi buahbuahan dan sayuran, mengendalikan stress dan emosi.



b. Setelah hipertensi

- 1) Kontrol teratur
- 2) Minum obat teratur
- 3) Diet : rendah garam dan rendah lemak
- 4) Pola hidup sehat yaitu dengan :
  - a) Berolah raga dan melakukan aktifitas fisik secara teratur, misalnya jalan cepat atau senam aerobik yang rutin dilakukan setiap hari selama minimal 30 menit per hari.
  - b) Mengurangi asupan alkohol tidak lebih dari 3 unit per hari pada laki-laki dan tidak lebih dari 2 unit per hari pada perempuan.
  - c) Memperbanyak konsumsi buah - buahan dan sayur-sayuran yang kaya serat sedikitnya lima porsi per hari.

E. Diet Hipertensi

1. Jenis makanan untuk Hipertensi

- a. Karbohidrat : Beras, kentang, singkong, terigu, makanan yang diolah tanpa garam.
- b. Protein hewani : Daging segar, ikan, telur tanpa kuning telur, dan susu.
- c. Protein nabati : Semua kacang-kacangan yang diolah tanpa garam.
- d. Sayuran : Sayuran yang dianjurkan antara lain tomat, wortel, bunga kol, brokoli, dan sayuran berdaun hijau seperti bayam, kangkung, dll. Sayuran tersebut kaya akan mineral, vitamin, dan senyawa lain yang dapat membantu menurunkan tekanan darah dan mengurangi resiko hipertensi.
- e. Buah-buahan : Semua buah segar dan diawetkan tanpa garam dan soda.
- f. Minyak : margarine dan mentega tanpa garam.
- g. Bumbu : semua bumbu dan kering.

2. Jenis makanan yang tidak boleh untuk Hipertensi

- a. Karbohidrat : roti, biskuit, dan makanan yang diolah dengan garam.

- b. Protein hewani : ikan asin, keju, cornet.
- c. Protein nabati : semua kacang-kacangan yang diolah dengan garam.
- d. Sayuran : semua sayuran segar dan diawetkan dengan garam.
- e. Buah-buahan : semua buah segar dan diawetkan dengan garam dan soda.
- f. Minyak : margarine dan mentega biasa.
- g. Bumbu : semua bumbu dengan garam.
- h. Konsumsi alkohol berlebih dan merokok.

**F. Komplikasi**

Komplikasi hipertensi antara lain :

- a. Penyakit jantung (Gagal jantung)
- b. Penyakit ginjal (Gagal ginjal)
- c. Penyakit otak (Stroke)

**DAFTAR PUSTAKA**

- Aspiani, R.Y., 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Udjianti, W.J., 2013. *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Selemba Medika.
- Sotomo, B. (2006). *Kendalikan Hipertensi dengan Strategi DASH-Natrium*. Jakarta: PT Bhuana Ilmu.

## SATUAN ACARA PENYULUHAN HIPERTENSI



OLEH :

**RIKO TRI PRASETYO**  
NIM 162303101108

**D3 Keperawatan**  
**Universitas Jember**  
**Kampus Lumajang**  
**Tahun 2019**



### **Hipertensi adalah...**

Hipertensi yaitu peningkatan tekanan darah diatas normal atau lebih dari 140/90 mmHg

### **Tanda Dan Gejala**

- + Sakit kepala
- + Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- + Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- + Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- + Telinga berdenging

### **Cara Mencegah**

- **Pola makan yang baik**  
Hindari makanan yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu makanan yang banyak mengandung natrium dan lemak.
- **Istirahat yang cukup**  
Istirahat yang cukup serta olahraga ringan yang teratur dapat mencegah terjadinya hipertensi.
- **Merubah gaya hidup yang buruk**  
Merokok dan minum kopi akan lebih mempercepat terjadinya hipertensi



## KOMPLIKASI

- ✓ Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpapar tekanan tinggi.
- ✓ Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal.
- ✓ Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya).
- ✓ Kejang dapat terjadi pada wanita preeklampsia.
- ✓ Retinopati merupakan kondisi rusaknya retina yang disebabkan oleh tingginya tekanan intraocular akibat hipertensi yang tidak terkontrol.

## Makanan Khusus Penderita Hipertensi

- Beras, kentang, ubi, mie, maczena, hunkue, terigu, gula pasir.
- Kacang-kacangan
- Minyak goreng, margarine tanpa garam.
- Sayuran dan buah-buahan tawar.
- Bumbu dapur tanpa pengawet

## Tugas Keluarga Di Bidang Kesehatan

- ❖ Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- ❖ Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.
- ❖ Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- ❖ Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
- ❖ Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga

## Pantangan Makanan Penderita Hipertensi

- Semua makanan yang diberi garam natrium pada pengolahan
- Keju, selai kacang tanah.
- Margarine, mentega.
- Acar, asinan sayuran, sayur dalam kaleng.




Lampiran 2 Jadwal Penyelenggaraan Laporan Tugas Akhir

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

| KETERANGAN                        | TAHUN 2018 |   |   |   | TAHUN 2019 |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |  |  |  |   |
|-----------------------------------|------------|---|---|---|------------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|--|--|--|---|
|                                   | JUNI       |   |   |   | FEB        |   |   |   | MARET |   |   |   | APRIL |   |   |   | MEI |   |   |   | JUNI |   |   |   | JULI |   |   |   |  |  |  |   |
|                                   | 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 Laporan Kasus |            |   |   |   | ■          | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ | ■   | ■ | ■ | ■ | ■    | ■ | ■ | ■ |      |   |   |   |  |  |  |   |
| Seminar Proposal                  |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ |   |   |      |   |   |   |  |  |  |   |
| Revisi                            |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ |   |      |   |   |   |  |  |  |   |
| Pengumpulan Data                  |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ |   |      |   |   |   |  |  |  |   |
| Konsul Penyusunan Data            |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ |   |      |   |   |   |  |  |  |   |
| Ujian Sidang                      |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   | ■    |   |   |   |  |  |  |   |
| Revisi                            |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      | ■ | ■ |   |  |  |  |   |
| Pengumpulan Laporan Kasus         |            |   |   |   |            |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |  |  |  | ■ |

## Lampiran 3 Surat Pemberitahuan Melakukan Penelitian



**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/ 1415 /427.75/2019

**Dasar** : 1. 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 UNEJ Kampus Lumajang Nomor: 667/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 27 Juni 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama RIKO TRI PRASETYO.

**Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :**

1. Nama : RIKO TRI PRASETYO
2. Alamat : Taman Toga Jl. Pisang Candi No. 10 Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101108
5. Kebangsaan : Indonesia


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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Menderita Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S. Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 03 Juli 2019 s/d 31 Agustus 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotrunan

**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 sah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 02 Juli 2019  
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN LUMAJANG  
 Kepala Bidang HAL



**Drs. ABU HASAN**  
 Pembina  
 NIP. 19620801 199303 1 001

**Tembusan Yth. :**

1. 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 Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

## Lampiran 4 Surat Ijin Penyusunan Tugas Akhir


**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG**  
 Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312  
 Email : [d3keperawatan@unej.ac.id](mailto:d3keperawatan@unej.ac.id)

---

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

Nomor : 666 /UN25.1.14.2/ LT/2019

TENTANG

**IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR**

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 26 Juni 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Riko Tri Prasetyo  
 Nomor Induk Mahasiswa : 162303101108  
 Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 02 Oktober 1997  
 Prodi : D3 Keperawatan  
 Tingkat / Semester : III/ VI  
 A l a m a t : JL. Pisang Candi 10 RT 2/9 Kel.Kepuharjo Lumajang

diijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019".

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 : 27 Juni 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
 Universitas Jember Kampus Lumajang

  
**NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM**  
 NIP. 19650629 198703 2 008



Lumajang, 27 Juni 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang  
di -  
LUMAJANG

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

Nama : Riko Tri Prasetyo  
NIM : 162303101108

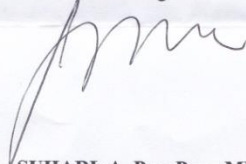
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan  
judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menderita Hipertensi Dengan  
Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan  
Lumajang Tahun 2019".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator Prodi D3  
Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan permohonan ijin  
untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan Lumajang  
Alamat : Jl. Citandui No.5, Jogoyudan, Kec. Lumajang, Kab. Lumajang, Jawa  
Timur 67316  
Waktu penelitian : Juni 2019 – Agustus 2019

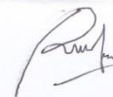
Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :  
Pembimbing KTI



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

Hormat kami,  
Pemohon,



**Riko Tri Prasetyo**  
NIM 162303101108

Lampiran 5. *Informed Consent*

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian:


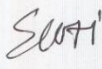
Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian  
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : Ny. S  
Umur : 63 Tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Dusun Galungan Desa Ben Denok, Lumajang, Rw 007/Rta  
Pekerjaan : Buruh tani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul. "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019" Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 9 Juli 2019 .....

|   |  |
|---|--|
| <p>Mengetahui,<br/>Penanggung Jawab Penelitian</p>  <p>Riko Tri Prasetyo<br/>NIM. 162303101108</p> | <p>Yang Menyetujui,<br/>Peserta Penelitian</p>  <p>(.....)</p> |
|---|--|

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : Ny. H

Umur : 59 Tahun

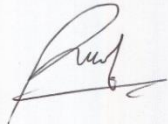

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Desa Calangan Pera Dewa, Lumajang, RW 007/RT 002

Pekerjaan : Buruh Tani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul: "Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019" Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 9 Juli 2019

|   |  |
|---|--|
| <p align="center">Mengetahui,<br/>Penanggung Jawab Penelitian</p> <p align="center"></p> <p align="center">Riko Tri Prasetyo<br/>NIM. 162303101108</p> | <p align="center">Yang Menyetujui,<br/>Peserta Penelitian</p> <p align="center"></p> <p align="center">(.....)</p> |
|---|--|

## Lampiran 6 Panduan Pengkajian

**PANDUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA YANG  
ANGGOTA KELUARGANYA MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN  
MINUM OBAT**

| No. | Pengkajian   | Pasien 1 | Pasien 2 |
|-----|--|----------|----------|
| 1.  | Identitas Kepala Keluarga:<br>Nama cukup jelas<br>Pendidikancukup jelas<br>Umurcukup jelas<br>Pekerjaancukup jelas<br>Agama cukup jelas<br>Alamatcukup jelas<br>Sukucukup jelas<br>Nomor teleponcukup jelas  |          |          |
| 2.  | Komposisi Keluarga:<br>Komposisi ini biasanya terdiri dari nama, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, umur, pendidikan, dan pekerjaan dari masing-masing anggota keluarga yang dibuat dalam bentuk tabel untuk memudahkan.  |          |          |
| 3.  | Genogram:<br>Adalah simbol-simbol yang dipakai dalam pembuatan genogram untuk menggambarkan susunan keluarga. Aturan pembuatan genogram adalah sebagai berikut;<br>(1)Anggota keluarga yang lebih tua berada di sebelah kiri.<br>(2)Umur anggota kelurga ditulis pada simbol laki-laki atau perempuan.<br>(3)Tahun dan penyebab kematian ditulis di sebelah simbol laki-laki dan perempuan.<br>(4)Disusun tiga generasi. |          |          |
| 4.  | Tipe Keluarga:<br>Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.  |          |          |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 5. | <p>Suku Bangsa:</p> <p>(1)Latar belakang etnis keluarga atau anggota keluarga<br/>Dikaji asal usul bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.</p> <p>(2)Tempat tinggal keluarga (bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnis bersifat homogen.</p> <p>(3)Kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi, pendidikan (apakah kegiatan-kegiatan ini berada dalam kelompok kultur atau budaya keluarga).</p> <p>(4)Kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana (tradisional atau modern)</p> <p>(5)Struktur kekuasaan keluarga tradisional atau modern</p> <p>(6)Penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi.<br/>Dikaji apakah keluarga mengunjungi pelayanan praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau memiliki kepercayaan tradisional asli dalam bidang kesehatan.</p> <p>(7)Penggunaan bahasa sehari-hari dirumah</p> |  |  |
| 6. | <p>Agama dan Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan:</p> <p>(1) Apakah anggota keluarga berbeda dalam praktik keyakinan beragama mereka.</p> <p>(2) Seberapa aktif keluarga tersebut terlibat dalam kegiatan agama atau organisasi-organisasi keagamaan lain.</p> <p>(3) Agama yang dianut keluarga.</p>   |  |  |
| 7. | <p>Status Sosial Ekonomi Keluarga:</p> <p>Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.</p>   |  |  |
| 8  | <p>Aktivitas Rekreasi Keluarga:</p> <p>Rekreasi keluarga tidak hanya untuk</p>  |  |  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.   |  |  |
| 9   | <p>Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga:</p> <p>1) Tahap perkembangan keluarga saat ini<br/>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.</p> <p>2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi<br/>Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.</p> <p>3) Riwayat kesehatan keluarga<br/>(1) Riwayat kesehatan keluarga saat ini<br/>Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti.<br/>(2) Riwayat penyakit keturunan<br/>Menjelaskan mengenai riwayat penyakit keturunan yang dialami oleh anggota keluarga seperti diabetes melitus, asma, dll.<br/>(3) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga<br/>Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dapat ditulis dalam sebuah tabel.<br/>(4) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan<br/>Dikaji mengenai sumber pelayanan kesehatan yang digunakan saat salah satu anggota keluarga sakit.<br/>(5) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya<br/>Diuraikan mengenai riwayat keluarga dan kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.</p> |  |  |
| 10. | <p>Pengkajian Lingkungan :</p> <p>1) Karakteristik Rumah<br/>Menjelaskan mengenai gambaran tipe</p>  |  |  |

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | <p>tempat tinggal (rumah apartemen, sewa kamar dll), kepemilikan rumah atau tempat tinggal, gambarkan kondisi rumah, dapur, amati suplai air minum, sanitasi, kondisi ventilasi, pengaturan tidur dalam rumah, keberadaan sampah dan pembuangannya, serta gambaran denah dari rumah.</p> <p>2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW</p> <p>Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, ataupun aturan kesepakatan penduduk setempat, budaya yang mempengaruhi kesehatan.</p> <p>3) Mobilitas Geografis Keluarga</p> <p>Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lamakeluarga tinggal didaerah ini dan apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal?</p> <p>4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat</p> <p>Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.</p> <p>5) Sistem Pendukung Keluarga</p> <p>Yang termasuk sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan pertolongan, dukungan konseling aktivitas-aktivitas keluarga.</p> |  |  |
| 11. | <p>Struktur Keluarga :</p> <p>1) Pola atau cara komunikasi keluarga</p> <p>Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang</p>  |  |  |






|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     | <p>berlangsung dalam keluarga dan mungkin ada masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.</p> <p>2) Struktur kekuatan keluarga<br/>Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantarnya yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :</p> <p>1) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga</p> <p>2) Cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah, atau diserahkan pada masing-masing individu)</p> <p>3) Apakah keluarga merasa puas dengan pola yang diterapkan</p> <p>4) Siapa pengambil keputusan tersebut</p> <p>3) Struktur peran<br/>Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.</p> <p>4) Nilai dan norma keluarga<br/>Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.</p> |  |  |
| 12. | <p>e. Fungsi Keluarga :</p> <p>1) Fungsi afektif<br/>Mengkaji gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepala keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.</p> <p>2) Fungsi sosial<br/>Menjelaskan mengenai interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, atau budaya dan perilaku.</p> <p>3) Fungsi perawatan keluarga<br/>Sejauh mana keluarga menyiapkan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan</p>  |  |  |



|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | <p>memenuhi tugas perawatan keluarga yang meliputi, mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat.</p> <p>4) Fungsi reproduksi<br/>Mengkaji jumlah anak, perencanaan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.</p> <p>5) Fungsi ekonomi<br/>Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan, dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga.</p>  |  |  |
| 13. | <p>Stres dan coping keluarga :</p> <p>1) Stressor jangka pendek<br/>Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu <math>\pm</math> 6 bulan.</p> <p>2) Stressor jangka panjang<br/>Stressor jangka panjang yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.</p> <p>3) Respon keluarga terhadap situasi<br/>Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor</p> <p>4) Strategi coping<br/>Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.</p> <p>5) Strategi adaptasi disfungsional<br/>Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.</p> |  |  |
| 14. | <p>Pemeriksaan fisik :</p> <p>Pemeriksaan fisik dilakukan persistem sesuai keadaan masing-masing anggota keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan kepada seluruh anggota keluarga dan difokuskan kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan pemeriksaan fisik yang mengacu pada konsep</p>  |  |  |






|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>pemeriksaan yang terdapat pada konsep teori. Sedangkan pada anggota keluarga yang lain, pemeriksaan tidak dilakukan sampai mendalam.</p> <p>1)Pemeriksaan Fisik (head to toe)</p> <p>a)Kepala : terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang, ada tidaknya oedema dan lesi, serta adakah kelainan bentuk kepala.</p> <p>b)Mata: biasanya terdapat conjungtivitis, anemis.</p> <p>c)Hidung : biasanya dapat dijumpai epistaksis jika sampai terjadi kelainan vaskuler akibat dari hipertensi.</p> <p>d)Mulut : biasanya ada perdarahan pada gusi.</p> <p>e)Leher : apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau pembesaran tonsil.</p> <p>f)Dada : sering dijumpai tidak ditemukan kelainan, inspeksi bentuk dada, simetris atau tidak serta ictus cordis nampak atau tidak. Palpasi didapatkan vocal fremitus hasilnya positif disemua kuadran. Perkusi hasilnya sonor, dan auskultasi tidak terdengar suara nafas tambahan.</p> <p>g)Perut: sering dijumpai tidak ditemukan kelainan. Inspeksi meliputi bentuk perut. Palpasi didapatkan teraba kenyal atau supel, tidak terdapat distensi. Perkusi hasilnya tympani, dan auskultasi terdengar bising usus normal.</p> <p>h)Ekstremitas atas dan bawah : pada pasien dengan hipertensi tidak terjadi kelainan tonus otot, terkecuali jika sudah terjadi komplikasi dari hipertensi itu sendiri seperti stroke, maka akan terjadi penurunan tonus otot atau hemiparase.</p> |  |  |
|---|--|--|

## Lampiran 7 Log Book Tugas Akhir

| FORMULIR  |         | No. Dok. :<br>Berlaku Sejak :<br>Revisi : |                       |   |   |
|---|---------|---|-----------------------|---|---|
|  <p style="text-align: center;"><b>LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</b></p>  |         |   |                       |   |   |
| <p><b>LOG BOOK PENYUSUNAN KTI</b><br/><b>MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG</b></p>  |         |   |                       |   |   |
| <p><b>NAMA MAHASISWA</b> : RIKO TRI PRASETYO<br/> <b>NIM</b> : 162303101103<br/> <b>PROGRAM STUDI</b> : D3 Keperawatan<br/> <b>JUDUL KARYA TULIS ILMIAH</b> : Asuhan Keperawatan keluarga yang anggota keluarga mengalami hipertensi dengan masalah perawatan ketidakpatuhan minum obat</p> |         |   |                       |   |   |
| <b>TAHAP PENULISAN KTI</b>  |         |   |                       |   |   |
| NO.   | TANGGAL | KEGIATAN                                  | HASIL KEGIATAN        | TANDA TANGAN MAHASISWA  | TANDA TANGAN DOSEN  |
| 1   | 2       | 3   | 4                     | 5   | 6   |
| 1   | 20/5    |   | Judul. dan            |  |  |
| 2   | 20/5    |   | Bab I Bertglin - NRS. |  |  |

| NO. | TANGGAL            | KEGIATAN | HASIL KEGIATAN                      | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|--------------------|----------|-------------------------------------|------------------------|--------------------|
| 1   | 2                  | 3        | 4                                   | 5                      | 6                  |
| 7   |                    |          | all drop study<br>- Kuasi           | puh                    | pu                 |
| 8   |                    |          | - Ppt di forum                      | puh                    | pu                 |
| 9.  | 9/1 <sup>19</sup>  |          | Salah - Da - 2 tipe<br>- Intervensi | puh                    | pu                 |
| 10. | 10/1 <sup>19</sup> |          | kecil tempat<br>sasaran             | puh                    | pu                 |
| 11. | 11/7 <sup>19</sup> |          | Langkah: abstrak,<br>Lembar pengisi | puh                    | pu                 |
| 12. | 12/7 <sup>19</sup> |          | Acc. drop sidang !!<br>- PMT        | puh                    | pu                 |

| NO. | TANGGAL            | KEGIATAN | HASIL KEGIATAN                         | TANDA TANGAN MAHASISWA | TANDA TANGAN DOSEN |
|-----|--------------------|----------|--|------------------------|--------------------|
| 1   | 2                  | 3        | 4                                      | 5                      | 6                  |
| 7   |                    |          | all siap sidang<br>- Kuasni            | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |
| 8   |                    |          | - PPT & Simulasi                       | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |
| 9   | 9/1 <sup>19</sup>  |          | Salah Dx - 2 tipe<br>- Intervensi      | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |
| 10  | 10/1 <sup>19</sup> |          | Salah Temporal<br>Sesuai               | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |
| 11  | 11/7 <sup>19</sup> |          | Lengkap: abstrak<br>- lembar pengisian | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |
| 12  | 12/7 <sup>19</sup> |          | All siap sidang !!<br>- PPT            | <i>pu</i>              | <i>pu</i>          |

| NO. | TANGGAL    | KEGIATAN                             | HASIL KEGIATAN   | TANDA TANGAN MAHASISWA  | TANDA TANGAN DOSEN  |
|-----|------------|--------------------------------------|--|---|---|
| 1   | 2          | 3                                    | 4  | 5   | 6   |
| 13. | 22/08/2013 | Penelitian<br>KTI pada<br>sistem KTI | Ace . sya baik<br>in jgd<br>proses ke k - r .<br>Area pengi<br>Ace jilid |  |  |
|     |            |                                      |  |   |  |
|     |            |                                      |  |   |  |
|     |            |                                      |  |   |  |
|     |            |                                      |  |   |   |
|     |            |                                      |  |   |   |
|     |            |                                      |  |   |   |

## Lampiran 8 Daftar Menghadiri Sidang

**DAFTAR HADIR  
KEIKUTSERTAAN SEMINAR PROPOSAL KTI  
PRODI D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN AKADEMIK 2018/2019**

NAMA : RUKO TRI PRASETYO  
NIM : 16230310108

| NO | HARI / TANGGAL    | NAMA MAHASISWA / JUDUL SEMINAR PROPOSAL  | TANDA TANGAN / NAMA |           |
|----|-------------------|--|---------------------|-----------|
|    |                   |  | DOSEN PENGAMPU      | MAHASISWA |
| 1  | 2                 | 3  | 4                   | 5         |
| 1  | Rabu / 29/10/19   | Hardian / Asuhan Keperawatan anak pd pasien bronkopneumonia dengan m.k. Kelelahan bernafas jalan nafas                             | 1                   | 1         |
| 2  | Rabu / 29/10/19   | Nora A / Asuhan keperawatan pd lansia yang mengalami gout artitis dengan m.k nyeri kronik  | 2                   | 2         |
| 3  | Senin / 17/6/19   | SUMIA / Asuhan Keperawatan pd Pasien TBC dengan m.k kelelahan bernafas jalan nafas.  | 3                   | 3         |
| 4  | Kamis / 20/10/19  | Surti Ayu / Asuhan Keperawatan pd pasien TBC dengan m.k kelelahan Pta nafas.   | 4                   | 4         |
| 5  | Selasa / 29-01-19 | Putri Ayu H.W / Asuhan Keperawatan keluarga pd anggota keluarga yg menderita hipertensi dg m.k kelelahan pola makan                | 5                   | 5         |
| 6  | Selasa / 29-01-19 | Bani Hasan.H / Asuhan Keperawatan keluarga yg anggota keluarganya menderita rheumatoid artitis dg m.k gangguan rasa nyaman (nyeri) | 6                   | 6         |
| 7  | Jumat / 21-06-19  | Cindy Silvia / Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dg m.k Hambatan mobilitas fisik.  | 7                   | 7         |
| 8  | Rabu / 23-01-19   | Melisa dia / Asuhan Keperawatan gerontik pd lansia dengan m.k defisit Perawatan diri   | 8                   | 8         |
| 9  | Rabu / 23-01-19   | Muinda / Asuhan Keperawatan gerontik pd lansia depresi dg m.k kelelahan KOPING   | 9                   | 9         |
| 10 | Jumat / 15-02-19  | Fauzi / Asuhan Keperawatan klg yg anggota klgnya menderita skizofrenia dg m.k Isolasi sosial.                                      | 10                  | 10        |

## Keterangan :

Kolom 1 : Di isi nomor yang menunjukkan jumlah keikutsertaan seminar proposal.

Kolom 2 : Di isi hari dan tanggal saat mengikuti seminar proposal.

Kolom 3 : Di isi nama mahasiswa penyaji & judul seminar proposal yang sedang diikuti saat itu.

Kolom 4 : Di isi nama & tanda tangan dosen pengampu seminar proposal yang telah diikuti.

Kolom 5 : Di isi nama & tanda tangan mahasiswa yang telah mengikuti seminar proposal.