



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY S DAN TN
S YANG MENDERITA HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN KELUARGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Sri Endang Rahayu NingSih
NIM. 152303101016**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY S DAN TN
S YANG MENDERITA HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN KELUARGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

**Laporan Tugas Akhir:
Disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan**

**Oleh
Sri Endang Rahayu NingSih
NIM 152303101016**

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua yaitu ibu tercinta dan bapak (alm) serta keluarga saya yang telah memberi dukungan baik berupa doa yang tak henti-henti maupun motivasi dan jerih payah keringat dalam membiayai saya di dunia pendidikan selama menjalankan program studi sampai pada akhirnya akan menyelesaikan program studi;
2. Ibu Arista Maisyaroh selaku dosen pembimbing mulai awal pembuatan proposal sampai dengan terselesaikannya karya tulis ini yang sangat sabar dalam membimbing saya dan memberikan arahan yang sungguh-sungguh sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan;
3. Teman – teman seperjuangan satu angkatan dan sahabat-sahabat tercinta saya khususnya Fitri Fibria yang sudah 3 tahun menjadi sahabat saya dan yang telah memberi dukungan doa, motivasi penuh, sehingga dapat menjalankan tugas program studi dengan baik;
4. Seluruh staff, dan civitas akademika yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama menjalankan proses pendidikan di perguruan tinggi.

MOTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan, oleh karena itu ketika manusia menjumpai suatu kesukaran mereka akan mendapat ilmu baru untuk memecahkannya dan mendapat kemudahan”

((QS. Al-Insyirah: 5-6))*

“Antara mimpi dan kenyataan ada yang namanya kerja keras”

((Riana, 2011)**)

*)Departemen Agama RI. 2004. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit J-ART

***)Riana, M. (2011). *Mimpi Sejuta Dolar*. Jakarta: Gramedia.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Endang Rahayu Ningsih

NIM : 152303101016

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 30 April 2018

Yang menyatakan,



Sri Endang Rahayu NingSih
NIM 152303101016

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA NY S DAN TN
S YANG MENDERITA HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN
KESEHATAN KELUARGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

Sri Endang Rahayu NingSih
NIM 152303101016

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S Dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

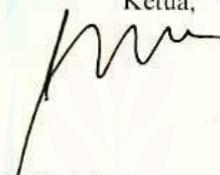
Hari : Jumat

Tanggal : 25 Mei 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,



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

Anggota I,



Eko Prasetya W, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NRP. 760017255

Anggota II



Arista Maisyaroh, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013

Mengesahkan,
Koordinator Prodi
D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S Dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018. Sri Endang Rahayu NingSih, 152303101016; 2018: 119 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Paradigma yang berkembang di masyarakat saat ini yaitu menganggap bahwa hipertensi merupakan penyakit yang biasa, bukan penyakit serius yang harus di waspadai karena pada penderita hipertensi masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Manajemen kesehatan keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam program pengobatan bagi pasien hipertensi. Bimbingan penyuluhan dan pengobatan secara terus-menerus sangat diperlukan agar penderita hipertensi mampu melaksanakan rencana yang dapat diterima untuk bertahan hidup dengan hipertensi dan mematuhi aturannya.

Penulisan ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada klien Hipertensi dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018.

Penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang menggunakan pengumpulan data dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi pada 2 klien yang menderita hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada keluarga yang menderita hipertensi yaitu kurang perhatian pada penyakit dengan tidak rutin kontrol ke pelayanan kesehatan dan juga kurang dukungan keluarga pada salah satu batasan karakteristik. Intervensi keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, data yang digunakan terdapat 3 (tiga) intervensi keperawatan yaitu dukungan pengasuhan (*cargiver support*), pengajaran proses penyakit, teknik relaksasi nafas dalam. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu dukungan pengasuhan (*cargiver support*), pengajaran proses penyakit, teknik relaksasi nafas dalam. Pada tahap evaluasi keperawatan, yaitu dari 9 (sembilan) kriteria hasil terdapat 7 (tujuh) kriteria hasil yang berhasil dicapai selama 4 kali kunjungan yaitu normalisasi keluarga, status kesehatan keluarga, integritas keluarga, ketahanan keluarga, iklim sosial keluarga, pengetahuan manajemen penyakit kronik, pengetahuan regimen pengobatan.

Untuk mencapai 7 kriteria hasil yang direncanakan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga perlu dilakukan kunjungan lebih dari 4 kali.

SUMMARY

Family Nursing Care on Patient S and Patient S Who Suffer from Hypertension with Nursing Problem of Ineffective Family's Health Management In Working Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2018. Sri Endang Rahayu NingSih, 152303101016; 2018: 119 pages; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Paradigm that developed in the society today is assuming that hypertension is a common disease, not a serious illness that must be on the alert because the sufferers can still perform daily activities. Family's health management can be a very influential factor to the treatment process for hypertensive patients. Extensive counseling and constant treatment is essential for hypertensive patients to implement an acceptable plan to survive and comply with the rules.

This writing aims to implement family nursing care on hypertensive patients with nursing problems of Ineffective Family's Health Management In Working Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang Year 2018.

This final report using a case report design which is the data collected by conducting with interview, observation, and documentation on 2 clients who suffer from hypertension with nursing problems of ineffective family's health management.

The results obtained from the families suffering from hypertension lack of attention to diseases with no routine control to health care and also lack of family's support on one of the characteristics constraints. Nursing intervention to hypertensive clients with nursing problems of ineffective family's health management, the data used are 3 (three) nursing interventions that are supportive care (cargiver support), disease process teaching, deep breathing relaxation techniques. The implementation of nursing performed on hypertensive clients with nursing problems of ineffective family's health management in accordance with nursing interventions that is catering support (cargiver support), disease process teaching, and deep breathing relaxation techniques. At the nursing evaluation stage, there are 7 (seven) out of 9 (nine) outcomes criteria achieved within 4 family's visits: family normalization, family health status, family integrity, family resilience, family social climate, knowledge of chronic disease management, and knowledge of regimen treatment.

To achieve 7 planned outcomes criteria for hypertensive clients with nursing problems of ineffective family's health management requires more than 4 family's visits.

PRAKATA

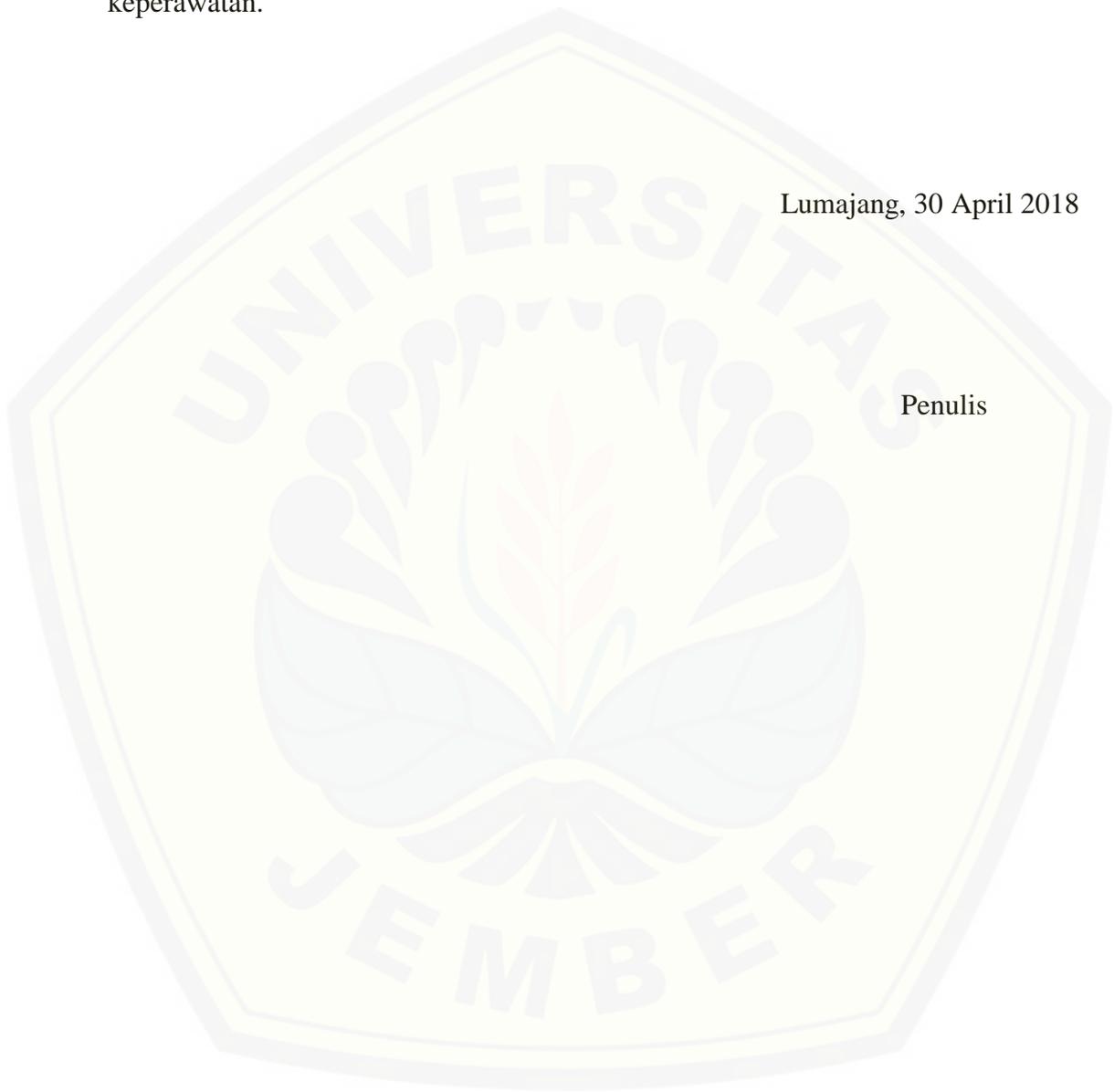
Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM selaku ketua penguji 1
5. Bapak Eko Prasetya W, S.Kep., Ners., M.Kep selaku anggota penguji 2
6. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku anggota penguji 3 sekaligus pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
7. Karyawan ruang baca Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang membantu dalam penyediaan literatur untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Ayah, Ibu, Kakak, serta seluruh keluarga yang telah mendoakan dan memberikan motivasi untuk terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
9. Seluruh rekan-rekan mahasiswa dan sahabat tercinta (Deni, Nia, Iga, Fitri F) dan teman-teman satu bimbingan yang luar biasa (Anggun, Ervi, Nurul, Iga, Laili, Bella) yang telah membantu dan mendukung dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang. Penulis juga berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Lumajang, 30 April 2018

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Persembahan	iii
Moto	iv
Surat Pernyataan.....	v
Halaman Pengesahan	vii
Ringkasan.....	viii
Summary	ix
Prakata.....	x
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvi
Daftar Lampiran	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit Hipertensi.....	6
2.1.1 Definisi Hipertensi	6
2.1.2 Klasifikasi dan Jenis Hipertensi	7
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi	9
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	15
2.1.8 Penatalaksanaan dan Pengobatan.....	15
2.1.9 Komplikasi	18
2.2 Konsep Keluarga.....	19
2.2.1 Definisi Keluarga	19
2.2.2 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan	19
2.2.3 Ciri-Ciri Keluarga	20
2.2.4 Tipe Keluarga.....	21
2.2.5 Peran Keluarga	21
2.2.6 Fungsi Keluarga	22
2.2.7 Interaksi Antara Sehat/Sakit Keluarga	22
2.2.8 Dukungan Keluarga Dalam Manajemen Penyakit Hipertensi	24
2.2.9 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penderita Hipertensi	24
2.2.10 Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Pencegahan Komplikasi Hipertensi	25
2.2.11 Hubungan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi	25
2.2.12 Pengaruh Promosi Kesehatan Dengan Motivasi Pasien Hipertensi....	26

2.2.13 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Hipertensi	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	26
2.3.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga	26
2.3.2 Pengkajian Lingkungan Keluarga	27
2.4 Konsep Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga	28
2.4.1 Taksonomi Diagnosa Keperawatan.....	28
2.4.2 Definisi.....	28
2.4.3 Batasan Karakteristik	28
2.4.4 Faktor Yang Berhubungan	28
2.4.5 Saran Penggunaan	29
2.4.6 Alternatif Diagnosis Yang Disarankan	29
2.4.7 Intervensi Keperawatan.....	29
2.4.8 Implementasi Keperawatan.....	36
2.4.9 Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB 3 METODE PENULISAN.....	37
3.1 Desain Penelitian.....	37
3.2 Batasan Istilah	37
3.3 Partisipan.....	38
3.4 Lokasi dan Waktu	38
3.5 Pengumpulan Data	38
3.6 Penyusunan Laporan Kasus	41
3.7 Etika Penulisan.....	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	45
4.1 Hasil dan Pembahasan.....	45
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	45
4.1.2 Karakteristik Klien	45
4.1.3 Analisa Data Asuhan Keperawatan Keluarga	79
4.1.4 Format Skoring/Prioritas Diagnosa Keperawatan.....	82
4.1.5 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	83
4.1.6 Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga	87
4.1.7 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	90
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	92
5.1 Kesimpulan	92
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	92
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	92
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	93
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	93
5.2 Saran.....	93
5.2.1 Bagi Penulis	93
5.2.2 Bagi Perawat	94
5.2.3 Bagi Keluarga.....	94
5.2.4 Bagi Puskesmas.....	94
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	95

DAFTAR PUSTAKA 96
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Hasil Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.	29
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.....	32
Tabel 4.1 Identitas Klien	46
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga.....	48
Tabel 4.3 Genogram.....	49
Tabel 4.4 Type Keluarga.....	50
Tabel 4.5 Suku Bangsa.....	52
Tabel 4.6 Agama dan Kepercayaan Yang Mempengaruhi Kesehatan.....	53
Tabel 4.7 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	54
Tabel 4.8 Aktivitas Rekreasi Keluarga	56
Tabel 4.9 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	57
Tabel 4.10 Riwayat Masing-Masing Anggota Keluarga.....	61
Tabel 4.11 Pengkajian Lingkungan.....	62
Tabel 4.12 Denah Rumah.....	64
Tabel 4.13 Struktur Keluarga	65
Tabel 4.14 Fungsi Keluarga	69
Tabel 4.15 Stress dan Koping Keluarga.....	71
Tabel 4.16 Keadaan Gizi Keluarga	73
Tabel 4.17 Pemeriksaan Fisik	75
Tabel 4.18 Harapan Keluarga	76
Tabel 4.19 Format Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Hipertensi..... 10



DAFTAR LAMPIRAN

3.1 Jadwal Penulisan	101
3.2 Surat-Surat dan <i>Informed Consent</i>	102
4.3 Leaflet Hipertensi	103
4.4 Lembar Konsultasi	100



BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi menjadi salah satu kontributor paling penting untuk penyakit jantung dan stroke yang sama-sama menjadi penyebab kecacatan dan kematian nomor satu (Kiki Korneliadi, 2012). Hal ini terjadi karena tekanan yang besar pada pembuluh darah sehingga menjadi lemah dan pecah. Pecahnya pembuluh darah dapat menyebabkan sel-sel yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan nutrisi yang dibawa melalui pembuluh darah tersebut menjadi kekurangan nutrisi dan akhirnya mati. Tanpa melihat usia dan jenis kelamin, semua orang bisa terkena hipertensi, perkembangan hipertensi berjalan secara perlahan tetapi secara potensial sangat berbahaya (Dalmartha, 2008). Sesuai dengan tanda dan gejala yang dialami yaitu terjadi peningkatan volume darah dan peningkatan resistensi pembuluh darah yang berhubungan dengan faktor keturunan, respons abnormal terhadap stress, diabetes, obesitas, usia, ras dan status ekonomi (Ramayulis, 2010).

Paradigma yang berkembang di masyarakat saat ini yaitu menganggap bahwa hipertensi merupakan penyakit yang biasa, bukan penyakit serius yang harus di waspadai karena pada penderita hipertensi masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari (Mulyati, 2013). Hal ini menyebabkan kondisi penderita tidak menyadari ancaman komplikasi hipertensi yang berdampak pada kerusakan organ target, seperti hipertrofi ventrikel kiri, peningkatan ketebalan intima media dari pembuluh darah, mikroalbuminuria yang mengikuti disfungsi glomerulus, penurunan kognitif dan retinopati hipertensi lalu terjadi komplikasi mayor, yaitu stroke, gagal jantung kongestif dan miokard infark, gagal ginjal dan oklusi vaskular retina (Hendra Efendi, 2017).

Data pendahuluan di Puskesmas Sangkrah Kota Palangkaraya menunjukkan bahwa tingkat keterlibatan perawatan dan manajemen kesehatan diri penderita hipertensi masih relative rendah. Hal ini terjadi karena penderita mengabaikan atau kurang menyadari karakter penyakit hipertensi dan untuk mengontrol tekanan darah juga masih kurang (Manuntang, 2015). Berdasarkan diagnosis NANDA 2015, kurang perhatian pada penyakit merupakan batasan

yang mendukung dalam diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga (Herdman, 2015).

Di wilayah Kabupaten Kuningan persepsi masyarakat terhadap penyakit hipertensi menunjukkan bahwa masyarakat menganggap hipertensi sebagai penyakit biasa, bukan penyakit serius yang harus diwaspadai. Hal tersebut terbukti dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di poliklinik penyakit dalam RSUD 45 Kuningan. Hasil studi pendahuluan tersebut menunjukkan 9 orang (60%) dari 15 responden yang ditemui menyatakan penyakit hipertensi merupakan penyakit biasa karena penderita masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari (Mulyati, 2013).

Dari data yang didapat di Puskesmas Rogotrungan pada tahun 2015 didapatkan hasil bahwa hipertensi merupakan urutan kedua dari 15 penyakit terbesar yang ada di Puskesmas Rogotrungan, prevalensinya sebesar 11,1% yaitu 4.192 orang dari keseluruhan yang diperiksa di poli rawat jalan (Data Poli Rawat Jalan Puskesmas Rogotrungan, 2015 dalam Miskholimahati, 2016). Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Mei tahun 2018 di dapatkan data hasil jumlah penderita hipertensi pada tahun 2017 sebanyak 624 orang dari keseluruhan yang diperiksa dari poli rawat jalan di Puskesmas Rogotrungan (Data Poli Rawat Jalan Puskesmas Rogotrungan, 2017).

Penyakit hipertensi menjadi masalah kesehatan keluarga yang perlu segera ditanggulangi sebelum timbulnya komplikasi di berbagai organ sasaran. Faktor resiko komplikasi hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah serebral. Apabila pembuluh darah menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian. Hipertensi juga akan menyebabkan kerusakan permanen pada organ-organ vital. Vasokonstriksi pembuluh darah yang berlangsung lama dapat mengakibatkan kerusakan permanen pada ginjal dengan timbulnya kegagalan ginjal, otak dan jantung dapat pula mengalami kerusakan permanen (Baradero, 2008). Pada pasien hipertensi lebih mudah dipengaruhi oleh keadaan stress, stress tidak hanya menyebabkan peningkatan akut tekanan arteri tetapi juga dapat menyebabkan peningkatan kronis. Stress juga akan mengaktifkan sistem persarafan simpatis yang meningkatkan curah jantung dan pembuluh sistemik (Klabunde, 2015).

Peran keluarga sangat penting dalam menurunkan komplikasi hipertensi, khususnya dalam masalah kesehatan karena keluarga adalah salah satu kelompok kecil yang mampu mengambil keputusan dalam kesehatan sangatlah penting dalam mengatasi komplikasi hipertensi. Tidak hanya peran keluarga, tetapi juga pengetahuan keluarga tentang hipertensi dan tindakan pencegahan komplikasi hipertensi diharapkan dapat mengontrol tekanan darah yaitu dengan cara mengurangi konsumsi garam, membatasi konsumsi lemak, olahraga teratur, tidak merokok dan tidak minum alkohol serta menghindari obesitas atau kegemukan. Peran dan pengetahuan keluarga dalam pencegahan komplikasi hipertensi dilatarbelakangi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung meliputi ketersediaan sumber fasilitas, faktor pendorong meliputi sikap, perilaku petugas kesehatan, anggota keluarga dan teman dekat (Isti, 2008)

Dukungan keluarga merupakan sesuatu yang esensial untuk pasien dalam mengontrol penyakit. Keluarga merupakan dukungan utama bagi pasien hipertensi dalam mempertahankan kesehatan. Keluarga memegang peranan penting dalam perawatan maupun pencegahan kesehatan pada anggota keluarga lainnya (Hendra Efendi, 2017). Dukungan keluarga juga menjadi *supportsystem* dalam pasien hipertensi, agar keadaan yang dialami tidak semakin memburuk dan terhindar dari komplikasi akibat hipertensi. Keluarga dapat membantu pasien hipertensi antara lain dalam mengatur pola makan yang sehat, mengajak olahraga bersama, menemani dan mengingatkan untuk rutin dalam memeriksa tekanan darah. Jadi, dukungan keluarga diperlukan oleh penderita hipertensi yang membutuhkan perawatan dan waktu terus-menerus (Ningrum, 2012).

Menurut (Rahayu Sri Utami, 2016) telah dilakukan penelitian oleh Puskesmas Tualang pada tahun 2016 dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel dukungan sosial keluarga berada pada kategori sedang sebanyak 38 orang dengan persentase 34.86%. Hasil ini menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan kepada pasien yang berobat di Puskesmas Tualang memiliki dukungan keluarga yang sedang.

Manajemen kesehatan keluarga dapat menjadi factor yang sangat berpengaruh dalam program pengobatan bagi pasien hipertensi. Bimbingan penyuluhan dan pengobatan secara terus-menerus sangat diperlukan agar penderita hipertensi

mampu melaksanakan rencana yang dapat diterima untuk bertahan hidup dengan hipertensi dan mematuhi aturan terapinya (Miyusliani, 2011).

Asuhan keperawatan keluarga pada pasien yang mengalami hipertensi mampu membantu klien dalam upaya menurunkan tekanan darah serta meningkatkan peran keluarga dalam perawatan klien. Saran keluarga dan klien mempertahankan dan tetap menerapkan, mencari informasi lebih lanjut untuk perawatan pada anggota keluarga yang menderita hipertensi agar dapat menurunkan tekanan darah dan keluarga dapat memonitor hipertensi (Sukmawati, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam mengenai masalah asuhan keperawatan keluarga yang memiliki hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018?”

1.3 Tujuan Penulisan

Penelitian ini bertujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada pasien Hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga wilayah kerja puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah wawasan tentang asuhan keperawatan dalam melakukan tindakan yang tepat pada keluarga dan klien yang terkena hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah wawasan serta pengalaman kepada perawat tentang asuhan keperawatan keluarga guna meminimalkan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada anggota keluarga terkena hipertensi.

b. Bagi Responden

Memberikan wawasan dan informasi mengenai pengalaman dan ilmu pengetahuan pada individu dan keluarga dalam meminimalkan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada anggota keluarga terkena hipertensi.

c. Bagi institusi keperawatan

Memberikan informasi tentang asuhan keperawatan keluarga dalam meminimalkan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada anggota keluarga terkena hipertensi.

d. Bagi Puskesmas

Memberikan informasi tentang asuhan keperawatan keluarga pada penderita hipertensi dan sebagai data bahan pemikiran untuk memperluas pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga dalam meminimalkan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada anggota keluarga terkena hipertensi.

e. Bagi Keluarga

Sebagai penambah pengetahuan serta tolak ukur tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada salah satu keluarga terkena hipertensi sehingga dapat mengerti penyakit dan dapat memberikan asuhan keperawatan dengan mandiri.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab tinjauan pustaka ini menjelaskan tentang landasan teori yang meliputi konsep penyakit hipertensi, konsep keluarga dan konsep asuhan keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Literatur-literatur yang digunakan pada penyusunan bab ini bersumber dari teks book, artikel jurnal, skripsi dan tesis.

2.1 Konsep Penyakit

Konsep penyakit ini menguraikan tentang hipertensi yang meliputi definisi (pengertian), klasifikasi dan jenis hipertensi, etiologi (penyebab), tanda dan gejala hipertensi, patofisiologi hipertensi, pemeriksaan penunjang, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta pengobatan hipertensi.

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin, 2012). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg (Aspiani, 2014).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang tinggi. Darah tinggi merupakan pembunuh tersembunyi yang penyebab awalnya tidak diketahui atau tanpa gejala sama sekali. Hipertensi bisa menyebabkan berbagai komplikasi terhadap beberapa penyakit lain, bahkan penyebab timbulnya penyakit jantung, stroke dan ginjal (Dewi, 2013)

Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan skuelanya yang tidak memenuhi tujuan kesehatan tertentu (Herdman, 2015).

2.1.2 Klasifikasi dan Jenis Hipertensi

a. Klasifikasi Hipertensi

Hampir semua consensus atau pedoman utama dalam walaupun luar negeri, menyatakan bahwa seseorang akan dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik >140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik >90 mmHg pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Adapun pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan tatalaksana hipertensi ((Soenarta, 2015).

Klasifikasi	Sistolik		Diastolik
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	$120 - 129$	Dan/ atau	$80 - 84$
Normal tinggi	$130 - 139$	Dan/ atau	$84 - 89$
Hipertensi derajat 1	$140 - 159$	Dan/ atau	$90 - 99$
Hipertensi derajat 2	$160 - 179$	Dan/ atau	$100 - 109$
Hipertensi derajat 3	>180	Dan/ atau	>100
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	Dan	<90

(disardur dari A Statement by the American Society of Hipertension and the International Society of Hypertension 2013)

b. Jenis Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan (Udjianti, 2013)

1) Hipertensi Esensial atau Hipertensi Primer

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (*idiopatik*). Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini:

- a) Genetik: individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini

- b) Jenis Kelamin dan Usia: laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca diet menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi.
- c) Diet: konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.
- d) Berat Badan: obesitas (>25% di atas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
- e) Gaya Hidup: merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah bila gaya hidup menetap.

2) Hipertensi Sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain: penggunaan kontrasepsi oral, *coarctation aorta*, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatris), kehamilan peningkatan volume intravaskular, luka bakar dan stress (Udjianti, 2013).

2.1.3 Etiologi

- a. Hipertensi Esensial: (90%-95%) tidak diketahui penyebabnya, melibatkan: peningkatan volume darah dan peningkatan resistensi pembuluh sistemik (penyakit pembuluh darah) yang berhubungan dengan faktor keturunan, respons abnormal terhadap stres, diabetes dan obesitas serta usia, ras, status ekonomi.
- b. Hipertensi Sekunder: stenosis arteri renalis, penyakit ginjal, hiperaldosteronisme (primer), feokromositoma (tumor penghasil katekolamin), koarktasio aorta, kehamilan (preeklamsia), hipertiroidisme/hipotiroidisme, sindroma cushing (sekresi glukokortikoid berlebihan) dan *sleep apnea* (Klabunde R. E., 2015).
- c. Sedangkan penyebab hipertensi secara umum disebabkan oleh dua hal yaitu faktor yang dapat dikendalikan dan faktor yang tidak dapat dikendalikan. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan meliputi keturunan, jenis kelamin, umur dan ras. Adapun faktor yang dapat dikendalikan meliputi kebiasaan, makanan, aktivitas fisik, konsumsi rokok dan alkohol, stres dan kelebihan berat badan (Ramayulis, 2010).

- d. Faktor Keturunan dapat berhubungan dengan peningkatan kadar natrium dalam sel dan rendahnya rasio kalium terhadap natrium pada individu yang mempunyai orang tua hipertensi.
- e. Jenis Kelamin berhubungan dengan adanya efek perlindungan estrogen pada wanita dalam meningkatkan kadar kolesterol HDL yang dapat mencegah terjadinya penyumbatan pembuluh darah.
- f. Faktor umur berhubungan dengan terjadinya penebalan dinding yang berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah sistolik akan meningkat saat kelenturan pembuluh darah berkurang.
- g. Faktor ras yang berhubungan dengan kejadian hipertensi yang lebih banyak pada orang yang berkulit hitam dibandingkan dengan orang yang berkulit putih. Penyebabnya belum diketahui secara pasti, tapi pada orang berkulit hitam ditemukan sensitivitas yang lebih besar untuk mengalami keadaan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) yang cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Ramayulis, 2010).

2.1.4 Patofisiologis

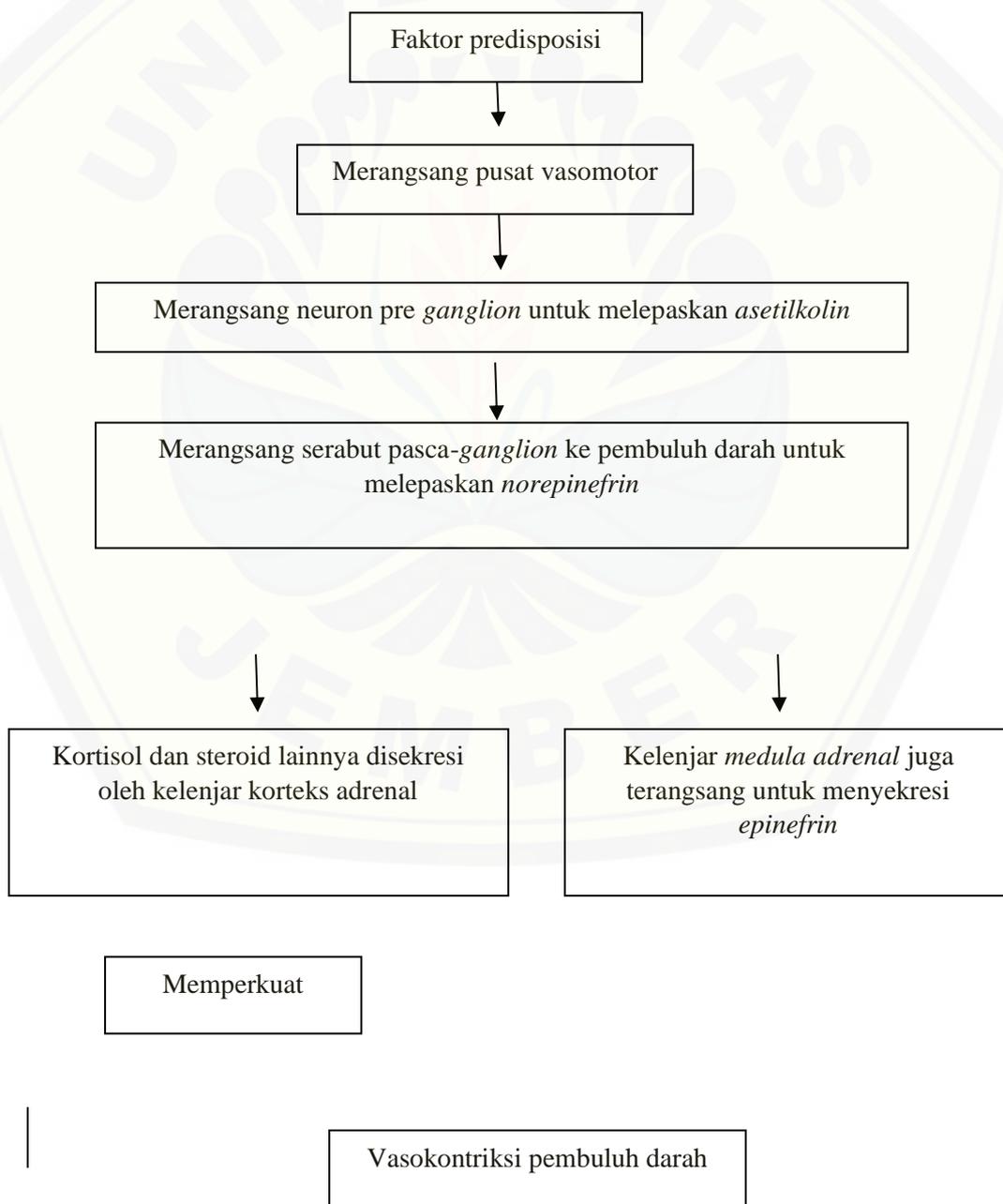
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula otak. Dari pusat vasomotor bermula saraf simpatis yang berlanjut kebawah ke roda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak melalui sistem saraf simpatis ke ganglia *simpatis*. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

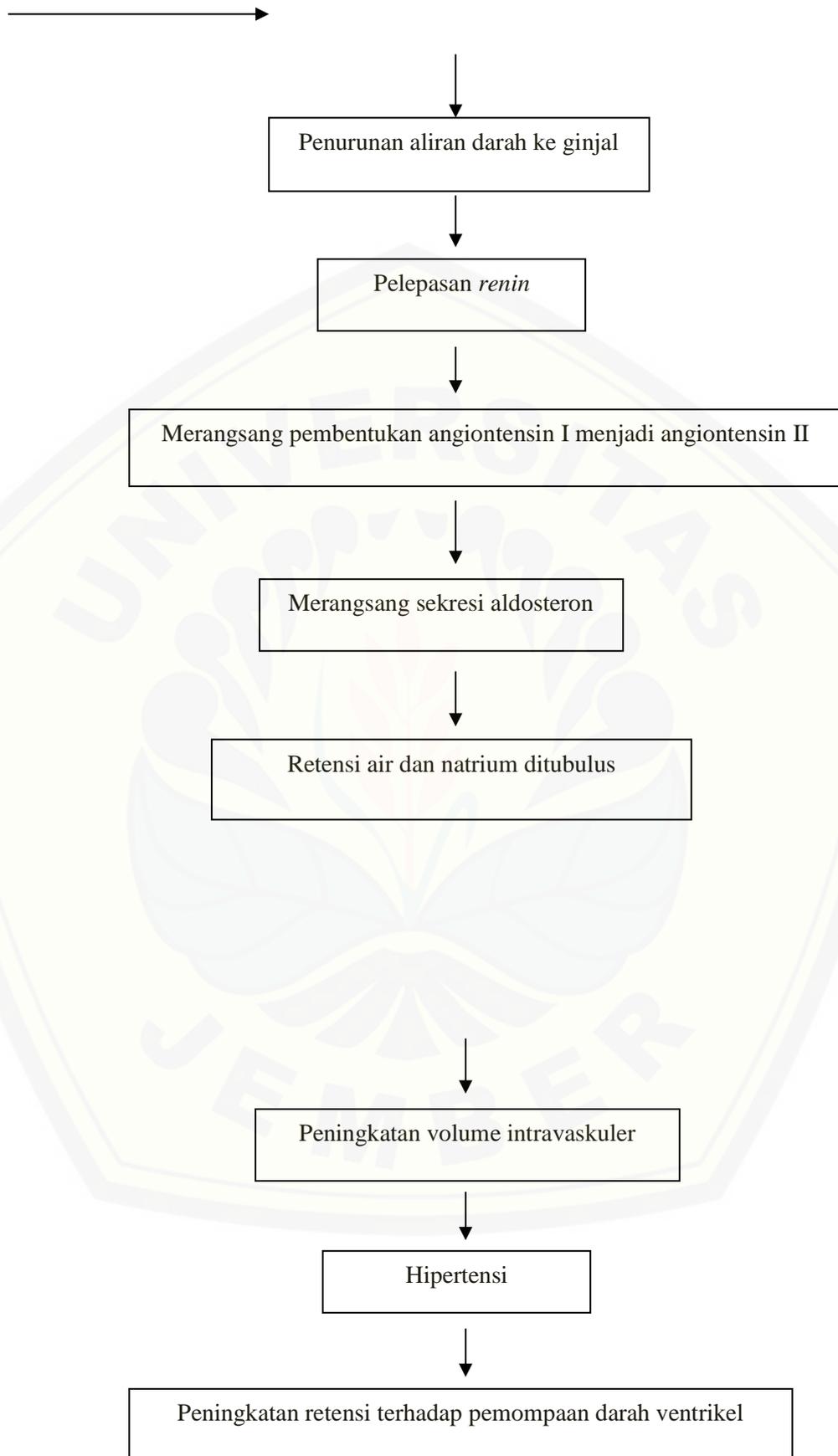
Pada saat bersamaan ketika sistem saraf para simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi

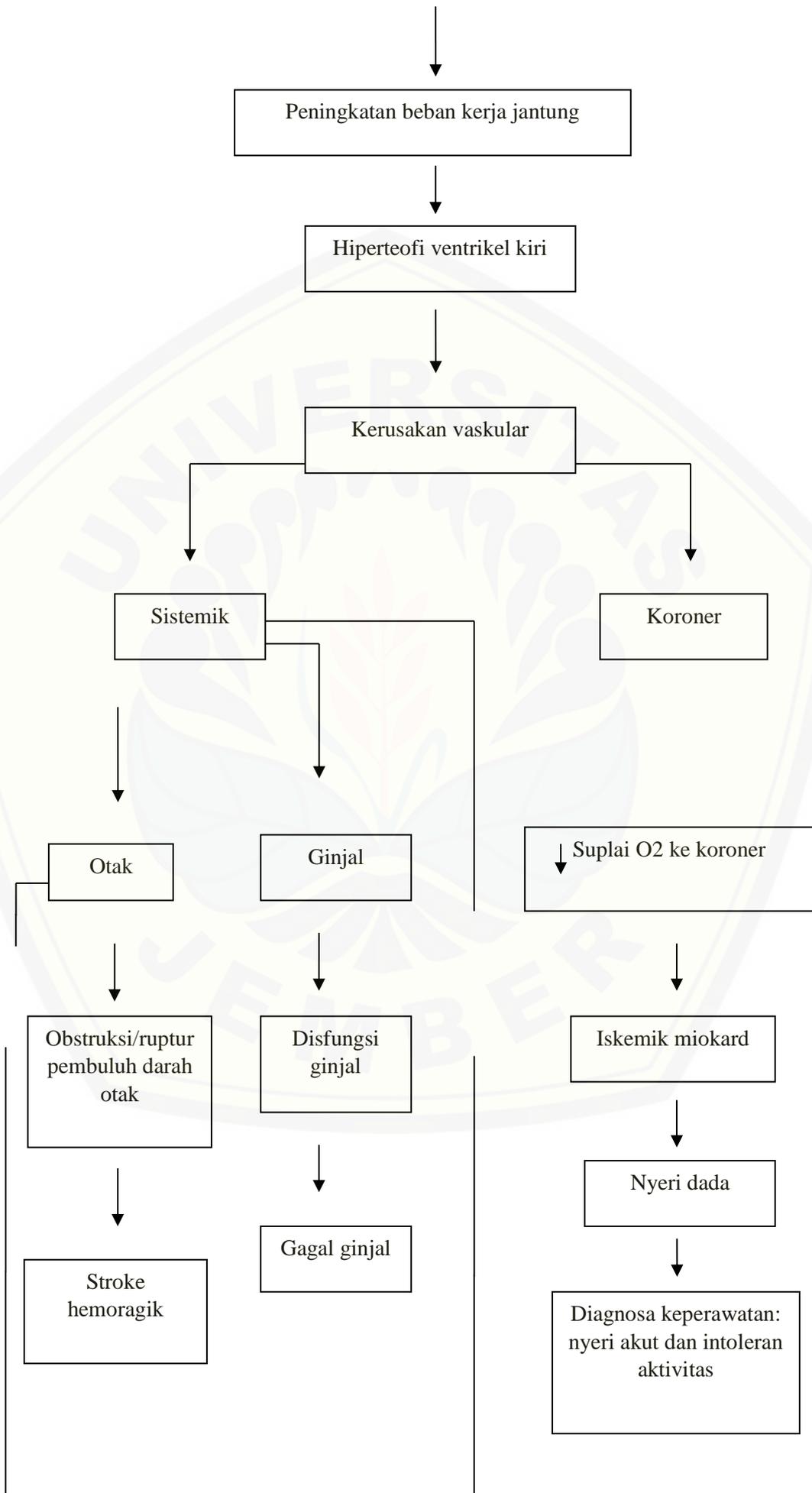
kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin.

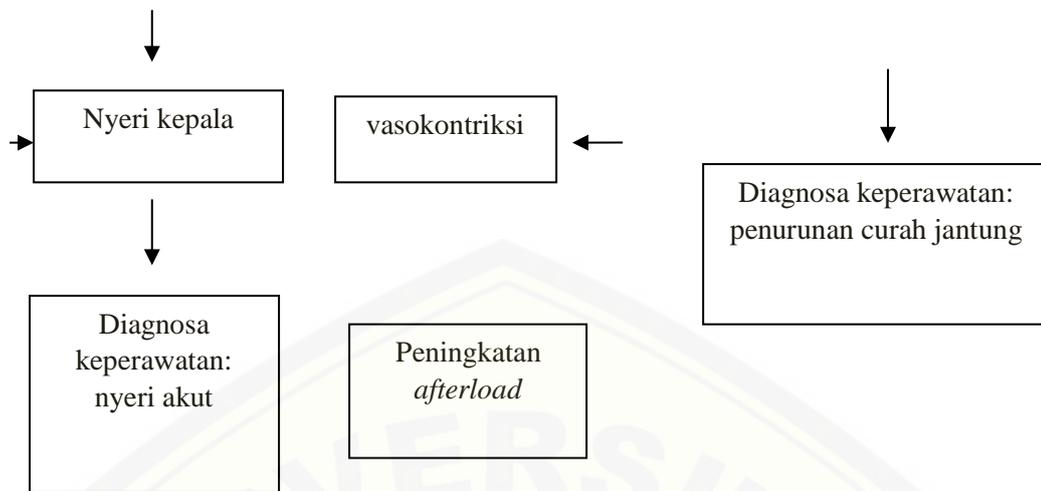
Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi (Aspiani, 2014).

Alur klinis









(Aspiani, 2014).

2.1.5 Tanda dan Gejala

a. Meskipun hipertensi sering tanpa gejala (asimptomatik) namun tanda klinis berikut ini dapat terjadi:

- 1) Hasil pengukuran tekanan darah yang menunjukkan kenaikan pada dua kali pengukuran secara berurutan sesudah dilakukan pemeriksaan pendahuluan.
- 2) Nyeri kepala oksipital (yang bisa semakin parah pada saat bangun di pagi hari karena terjadi peningkatan tekanan intrakranial), mual dan muntah dapat pula terjadi.
- 3) Epistaksis yang mungkin terjadi karena kelainan vaskuler akibat hipertensi.
- 4) Bruits (bising pembuluh darah yang dapat didengar di aorta abdominalis atau arteri karotis, arteri renalis dan arteri femoralis), bising pembuluh darah ini disebabkan oleh stenosis atau aneurisma.
- 5) Perasaan pening, bingung dan kelelahan yang disebabkan oleh penurunan perfusi darah akibat vasokonstriksi pembuluh darah.
- 6) Penglihatan yang kabur akibat kerusakan retina.
- 7) Nokturia yang disebabkan oleh peningkatan aliran darah ke ginjal dan peningkatan filtrasi oleh glomerulus.

8) Edema yang disebabkan oleh peningkatan tekanan kapiler.

(Kowalak, 2011).

b. Gejala-gejala hipertensi yang umum dijumpai yaitu: Pusing, Mudah marah, Telinga berdenging, Mimisan (jarang), Sukar tidur, Sesak napas, Rasa berat di tengkuk, Mudah lelah, Mata berkunang-kunang (Dalimartha, 2008)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

1) Urinalisis: dapat menunjukkan protein, sel darah merah atau sel darah putih yang menandakan penyakit ginjal atau glukosa dan juga menandakan adanya diabetes melitus.

2) Kadar kalium serum kurang dari 3,5 mEq/L dapat mengindikasikan adanya disfungsi adrenal (hiperaldosteronisme primer).

3) Kadar *blood urea nitrogen* (BUN) normal atau meningkat hingga lebih dari 1,5 mg/dl menunjukkan adanya penyakit ginjal.

b. Pencitraan

1) Urografi eksretori dapat menunjukkan atrofi ginjal, mengindikasikan penyakit ginjal kronis, satu ginjal 1,6 cm lebih pendek dibandingkan ginjal yang lain menandakan penyakit ginjal unilateral.

2) Foto toraks dapat menunjukkan kardiomegali.

3) Arteriografi ginjal dapat menunjukkan stenosis arteri ginjal.

c. Prosedur Diagnostik

1) EKG dapat menunjukkan hipertrofi atau iskemia ventrikel kiri.

2) Pemeriksaan menggunakan kaptopril oral dapat dilakukan untuk menguji hipertensi renovaskular.

3) Oftalmoskopi menunjukkan adanya luka di arteriovena, ensefalopati hipertensi dan edema.

(Bilotta, 2011)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Hipertrofi ventrikel kiri dapat dikaji dengan elektrokardiografi, protein dalam urin dapat dideteksi dengan urinalisa. Dapat terjadi ketidakmampuan untuk mengonsentrasi urin dan peningkatan nitrogen urea darah. Pemeriksaan khusus seperti renpgram, pielogram, pielo intravena, arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin dapat juga dilakukan untuk mengidentifikasi klien dengan penyakit renovaskular. Adanya faktor resiko lainnya juga harus dikaji dan di evaluasi (Muttaqin, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan dan Pengobatan

Peran pemerintah sangat penting didukung juga oleh tingkat pengetahuan keluarga maupun pasien dalam tindakan pencegahan komplikasi hipertensi diharapkan dapat mengontrol tekanan darah yaitu mengurangi konsumsi garam, membatasi lemak, olahraga teratur, tidak merokok dan tidak minum alkohol, menghindari kegemukan atau obesitas (Soenarta, 2015).

Penatalaksanaan non farmakologis lainnya yaitu :

a. Menjalani pola hidup sehat.

Menjalani pola hidup sehat sudah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, secara umum dapat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskuler. Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan yaitu:

b. Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.

c. Mengurangi asupan garam

Di negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan

sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat 2 dan dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr per hari.

d. Olahraga

Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktivitas rutin mereka di tempat kerjanya.

e. Mengurangi konsumsi alkohol

Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara kita, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama dikota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas perhari pada pria atau 1 gelas perhari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

f. Berhenti merokok

Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah dianjurkan untuk berhenti merokok.

(Soenarta, 2015)

g. Terapi Farmakologi

Obat-obatan antihipertensi dapat dipakai sebagai obat tunggal atau dicampur dengan obat lain. Obat-obatan ini diklasifikasikan menjadi lima kategori yaitu:

1) Diuretik.

Hidroklorotiazid adalah diuretik yang paling sering diresepkan untuk mengobati hipertensi ringan. Hidroklorotiazid dapat diberikan pada klien dengan hipertensi ringan atau klien yang baru. Banyak obat antihipertensi dapat

menyebabkan retensi cairan karena itu sering kali diuretik sering diberi bersama antihipertensi.

2) Menekan simpatetik (simpatolitik)

Penghambat (adrenergik bekerja di sentral simpatolitik), penghambat adrenergik alfa dan penghambat neuron adrenergik diklasifikasikan sebagai penekan simpatetik atau simpatolitik.

3) Vasodilator arteriol yang bekerja langsung

Vasodilator yang bekerja langsung adalah obat tahap III yang bekerja dengan merelaksasikan otot-otot polos pembuluh darah terutama arteri sehingga menyebabkan vasodilatasi. Vasodilatasi tekanan darah akan turun dan natrium serta air tertahan sehingga terjadi edema perifer. Diuretik dapat diberikan bersama-sama dengan vasodilator yang bekerja langsung untuk mengurangi edema. Refleks takikardia disebabkan oleh vasodilatasi dan menurunnya tekanan darah.

4) Antagonis angiotensin (ACE inhibitor)

Obat dalam golongan ini menghambat enzim pengubah angiotensin (ACE) yang nantinya akan menghambat pembentukan angiotensin II (vasokonstriktor) dan menghambat pelepasan aldosteron. Aldosteron meningkat retensi natrium dan ekskresi kalium. Jika aldosteron dihambat, natrium diekskresikan bersama-sama dengan air. Kaptopril, enalapril, dan lisinopril adalah ketiga antagonis angiotensin. Obat-obat ini dipakai bersama klien dengan kadar renin serum yang tinggi.

5) Penghambat saluran kalsium (*blocker calcium antagonis*)

(Muttaqin, 2012)

2.1.9 Komplikasi

a. Jantung

Penyakit jantung merupakan penyebab kematian terbanyak pada pasien hipertensi. Penyakit jantung hipertensi merupakan hasil adaptasi struktural dan fungsional yang menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri, CHF, kelainan aliran darah

akibat penyakit arteri koroner arterosklerosis dan penyakit mikrovaskular serta aritmia jantung.

b. Otak

Aliran darah serebral tidak mengalami perubahan dalam rentan tekanan arteri yang lebar (tekanan arteri rata-rata 50 – 150 mmHg) karena terdapat proses yang disebut *autoregulasi* aliran darah. Pada pasien-pasien dengan sindrom klinis hipertensi maligna, ensefalopati terjadi karena kegagalan sehingga terjadi vasodilatasi dan hiperperfusi. Tanda dan gejala ensefalopati hipertensi meliputi nyeri kepala berat, mual dan muntah, tanda neurologis, fokal dan perubahan status mental. Ensefalopati hipertensi yang tidak ditangani dapat memburuk menjadi stupor, koma, kejang dan kematian dalam beberapa jam.

c. Ginjal

Ginjal merupakan target sekaligus penyebab hipertensi. Penyakit ginjal primer merupakan etiologi hipertensi sekunder yang paling sering. Mekanisme hipertensi yang terkait ginjal mencakup penurunan kemampuan mengekskresi natrium, sekresi renin yang berlebihan dalam hubungannya dengan status volume dan aktivitas sistem saraf simpatis yang berlebihan. Peningkatan resiko gangguan ginjal yang terkait dengan tekanan darah tinggi terjadi secara bertahap, kontinu dan pada setiap tekanan darah diatas tekanan optimal. Risiko gangguan ginjal tampaknya lebih erat kaitannya dengan tekanan darah sistolik dibandingkan dengan diastolik. Proteinuria merupakan penanda (*marker*) derajat keparahannya penyakit ginjal kronis yang dapat diandalkan dan merupakan prediktor progresi penyakit tersebut. Pasien-pasien dengan eksresi protein urin yang tinggi (>3g/24jam) mengalami laju progresi penyakit yang lebih cepat dibandingkan dengan pasien-pasien dengan laju eksresi protein yang lebih lambat (Loscalzo, 2015).

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Friedman, 1998 mendefinisikan keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan

fisik,mental,emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

Duval (1972). Duval menyatakan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi, dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya, dilihat dari interaksi yang reguler dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum.

Departemen Kesehatan RI (1988). Menurut Departemen Kesehatan RI keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah atap dalam keadaan saling bergantung.

Bailon dan Maglaya (1989). Bailon dan Maglaya mengatakan hubungan darah, perkawinan dan adopsi dala satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Ali, Pengantar Keperawatan Keluarga, 2009).

2.2.2 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat

dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbasan seyogyanya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

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

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga

e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada) (Setiadi, 2008).

2.2.3 Ciri-Ciri Keluarga

Ciri-ciri keluarga di setiap negara berbeda-beda bergantung pada kebudayaan, falsafah hidup dan ideologi negaranya. Berikut ciri-ciri keluarga yang ada di Indonesia.

- a. Mempunyai ikatan keluarga yang sangat erat yang dilandasi oleh semangat kegotongroyongan
- b. Merupakan satu kesatuan utuh yang dihiwai oleh nilai budaya ketimuran kental yang mempunyai tanggung jawab besar
- c. Umumnya dipimpin oleh suami sebagai kepala rumah tangga yang dominan dalam mengambil keputusan walaupun prosesnya melalui musyawarah dan mufakat
- d. Sedikit berbeda antara yang tinggal di pedesaan dan di perkotaan, keluarga di pedesaan masih bersifat tradisional, sederhana, saling menghormati satu sama lain dan sedikit dulit menerima inovasi baru

(Ali, Pengantar Keperawatan Keluarga, 2009).

2.2.4 Tipe Keluarga

Friedman (1986) membagi tipe keluarga seperti berikut ini:

- a. Nuclear family (keluarga inti). Terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya.
- b. Extended family (keluarga besar). Satu keluarga yang terdiri dari satu atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.
- c. Single parent family. Satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung kepadanya.
- d. Nuclear dyed. Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
- e. Blended family. Suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan yang masing-masing pernah menikah dan membawa anak hasil perkawinan terdahulu.
- f. Three generation family. Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu dan anak dalam satu rumah.
- g. Single adult living alone. Bentuk keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.
- h. Middle age atau elderly couple. Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya.

(Ali, Pengantar Keperawatan Keluarga, 2009).

2.2.5 Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing. Ayah sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom dan pemberi rasa aman kepada anggota keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat/kelompok sosial tertentu. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat. Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual (Ali, Pengantar Keperawatan Keluarga, 2009).

2.2.6 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman dan Undang-Undang No. 10 tahun 1992 membagi fungsi keluarga menjadi 5, yaitu :

- a. Fungsi afektif. Berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, peran dijalankan dengan baik dan penuh rasa kasih sayang.
- b. Fungsi sosialisasi. Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu menghasilkan interaksi sosial dan individu tersebut melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial. Keluarga merupakan tempat individu melaksanakan sosialisasi dengan anggota keluarga dan belajar disiplin, norma budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat.
- c. Fungsi reproduksi. Fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- d. Fungsi ekonomi. Fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, perumahan dan lain-lain.
- e. Fungsi perawatan keluarga. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan asuhan kesehatan atau keperawatan. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga dan individu.

2.2.7 Interaksi Antara Sehat/Sakit dan Keluarga

a. Tahap Pencegahan Sakit dan Penurunan Resiko

Keluarga dapat memainkan peran vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan penurunan resiko, misalnya mengubah gaya hidup dari kurang sehat ke arah lebih sehat (berhenti merokok, latihan yang teratur, mengatur pola makan yang sehat) perawatan pra dan pasca partum, imunisasi, dan lain-lain.

b. Tahap Gejala Penyakit yang Dialami oleh Keluarga

Setelah gejala diketahui, diinterpretasikan kearahannya, penyebabnya dan urgensinya beberapa masalah dapat ditentukan. Dalam berbagai studi Litman (1974) disimpulkan bahwa keputusan tentang kesehatan keluarga dan tindakan

penanggulangannya banyak ditentukan oleh ibu yaitu 67,7% sedangkan ayah 15,7%. Oleh karena itu tidak sedikit masalah yang ditemukan pada keluarga yang kacau atau tertekan diantaranya adalah TBC, artritis, gangguan mental, hipertensi dan stroke yang fatal.

c. Tahap Mencari Perawatan

Apabila keluarga telah menyatakan anggota keluarganya sakit dan membutuhkan pertolongan, setiap orang mulai mencari informasi tentang penyembuhan, kesehatan dan validitas profesional dari keluarga besar, teman, tetangga dan non profesional lainnya. Setelah informasi terkumpul keluarga melakukan perundingan untuk mencari penyembuhan atau perawatan di klinik, rumah sakit, di rumah dan lain-lain.

d. Tahap Kontak Keluarga dengan Institusi Kesehatan

Setelah ada keputusan untuk mencari perawatan, dilakukan kontak dengan institusi kesehatan baik profesional atau non profesional sesuai dengan tingkat kemampuan misalnya kontak dengan rumah sakit, puskesmas, praktik dokter swasta, paranormal/dukun dan lain-lain.

e. Tahap Respon Sakit Terhadap Keluarga dan Pasien

Setelah pasien menerima perawatan kesehatan dari praktisi sudah tentu ia menyerahkan beberapa hak istimewanya dan keputusannya kepada orang lain dan menerima peran baru sebagai pasien. Ia harus mengikuti aturan atau nasehat dari tenaga profesional yang merawatnya dengan harapan agar cepat sembuh. Oleh karena itu, terjadi respon dari pihak keluarga dan pasien terhadap perubahan peran tersebut.

f. Tahap Adaptasi Terhadap Penyakit dan Pemulihan

Adanya suatu penyakit yang serius dan kronis pada diri seorang anggota keluarga biasanya memiliki pengaruh yang mendalam pada sistem keluarga, khususnya pada sektor perannya dan pelaksanaan fungsi keluarga. Untuk mengatasi hal tersebut pasien/keluarga harus mengadakan penyesuaian atau adaptasi. Besarnya daya adaptasi yang diperlukan dipengaruhi oleh keseriusan penyakitnya

dan sentralitas pasien dalam unit keluarga . apabila keadaan serius (sangat tidak mampu/semakin buruk) atau pasien tersebut orang penting dalam keluarga pengaruh kondisinya pada keluarga semakin besar.

2.2.8 Dukungan Keluarga Dalam Manajemen Penyakit Hipertensi

Dukungan keluarga atau family support dibutuhkan pasien untuk mengontrol penyakitnya. Suatu penelitian di Brazil menemukan bahwa keluarga berpengaruh positif dalam mengontrol penyakit. Kesulitan dalam hubungan keluarga, perhatian keluarga terhadap keturunannya, dan keterlibatan kecil dalam perawatan pasien mempengaruhi kesembuhan pasien. pasien yang memiliki dukungan dari keluarga mereka menunjukkan perbaikan perawatan dari pada yang tidak mendapat dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga dapat berupa perhatian mengenai penyakit mereka atau mengingatkan minum obat. Penelitian lain di Durango menemukan bahwa ada hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dan keberhasilan terapi pada pasien hipertensi (Efendi, 2017).

2.2.9 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penderita Hipertensi

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh Yuono pada tahun 2017, ada hubungan antara tingkat kecemasan pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Sebelum diberikan intervensi, responden mengalami kecemasan ringan dengan jumlah 25 orang (71,4%) dan cemas sedang 10 orang (28,6%). Setelah diberikan intervensi, responden yang tidak mengalami cemas sebanyak 19 orang (54,3%), cemas ringan 13 orang (37,1%) dan cemas sedang 3 orang (8,6%). Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yaitu penurunan tingkat kecemasan setelah diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan (Yuono, 2017).

2.2.10 Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Pencegahan Komplikasi Hipertensi

Pengetahuan keluarga yang tinggi tentang komplikasi hipertensi dan bagaimana pencegahannya dapat mempengaruhi perilaku keluarga terhadap pasien hipertensi dalam mengontrol asupan nutrisi yang seimbang dan menghindari konsumsi makanan yang dapat memicu peningkatan tekanan darah dan

meningkatkan resiko terjadinya komplikasi hipertensi. Pengetahuan keluarga yang meliputi praktek pencegahan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alcohol, kurang aktivitas fisik dan sebagainya yang dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi hipertensi diharapkan mampu memotivasi klien hipertensi dalam memodifikasi gaya hidup sehingga terhindar dari komplikasi hipertensi (Yuliyanti, 2008).

2.2.11 Hubungan Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arista Navian Tahun 2013 terdapat pengaruh antara peran keluarga dengan kepatuhan diit pasien hipertensi dimana hasil penelitian berdasarkan peran keluarga diketahui bahwa 10 responden yang tidak patuh terhadap kepatuhan diit hipertensi adalah yang mendapat dukungan keluarga secara kurang-cukup (52,9%) dan secara baik (14,3%), sedangkan dari 14 responden yang patuh terhadap kepatuhan diit hipertensi yaitu yang mendapatkan dukungan keluarga kurang-cukup(47,1%) dan secara baik sebanyak (85,7%).

Keluarga dapat berperan sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga juga berpandangan bahwa orang yang interpersonal seperti perhatian, emosional dan penilaian. Kelaurga dipandang sebagai suatu sistem, jika terjadi gangguan pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga (Novian, 2013).

2.2.12 Pengaruh Promosi Kesehatan dengan Motivasi Pasien Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata motivasi pasien hipertensi mengenai pelaksanaan diet pasien hipertensi sebelum diberikan promosi kesehatan adalah 1,56 sedangkan setelah diberikan promosi kesehatan mengenai pelaksanaan diet hipertensi diketahui nilai rata-rata motivasi pasien hipertensi adalah 1,69. Sehingga rentang nilai mean motivasi pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan promosi kesehatan adalah 0,17. Jadi dapat disimpulkan bahwa

ada pengaruh promosi kesehatan terhadap motivasi pasien hipertensi (Darmawan, 2015).

2.2.13 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian dukungan keluarga dari 37 responden dengan dukungan keluarga baik terdapat 32 (80%) responden dengan tingkat kecemasan ringan. Hal ini dikarenakan dukungan keluarga yang baik dinilai dari seringnya keluarga menjenguk responden, besarnya perhatian keluarga kepada responden, dan fasilitas yang di sediakan keluarga untuk responden. Sehingga mampu membuat responden merasa nyaman dan aman selama menjalani perawatan.

Hal inilah yang akan mengurangi rasa cemas yang dirasakan responden. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa peningkatan dukungan keluarga diikuti oleh penurunan tingkat kecemasan, hal ini menunjukkan semakin baik dukungan keluarga semakin kurang tingkat kecemasan pasien hipertensi dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien hipertensi (Ilham, 2008).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.3.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Identitas Umum Keluarga

1) Identitas Kepala Keluarga

Mengkaji data dasar dari kepala keluarga meliputi nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, penghasilan, alamat dan suku bangsa

2) Komposisi Keluarga

Menjelaskan seluruh anggota keluarga meliputi identitas masing-masing anggota keluarga dan menjelaskan keadaan fisik saat ini (saat pengkajian)

3) Genogram

Menjelaskan dan menggambarkan silsilah keluarga dengan memasukkan tiga generasi dalam garis keturunan keluarga

4) Tiper Keluarga

Mengkaji tipe keluarga serta permasalahan yang terjadi dalam keluarga yang berhubungan dengan tipe keluarga tersebut.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Menjelaskan tahap perkembangan keluarga saat ini dengan menentukan usia anak pertama dengan mengacu pada 8 tahap perkembangan keluarga

2) Tahap Keluarga Yang Belum Terpenuhi dan Kendalanya

Menjelaskan kendala yang belum terpenuhi dari tugas pada tahap keluarga saat ini

3) Riwaya Kesehatan Saat Ini

Menjelaskan status kesehatan keluarga saat ini, apakah dalam keadaan sehat atau sakit dan menyebutkan anggota yang sakit beserta keluhan yang diderita, lama keluhan serta upaya yang sudah dilakukan

2.3.2 Pengkajian Lingkungan Keluarga

a. Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah, yang menjelaskan tentang hasil indentifikasi rumah yang dihuni keluarga meliputi luas, tipe, jumlah ruangan, pemanfaatan ruangan, jumlah ventilasi, peletakan perabot rumah tangga, sarana pembuangan air limbah dan kebutuhan MCK (mandi, cuci, dan kasus), sarana air bersih dan minum yang digunakan. Keadaan rumah akan lebih mudah dipelajari bila digambar dengan sebagai denah rumah.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan kesehatan pada individu setiap anggota keluarga yang dilakukan tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan pada klien di klinik (rumah sakit) meliputi pengkajian kebutuhan dasar individu, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang perlu

(Muttaqin, 2009)

2.4 Konsep Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

2.4.1 Taksonomi diagnosa keperawatan (domain 1, kelas 2, kode 00080)

2.4.2 Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan skuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu (Herdman, 2015).

2.4.3 Batasan Karakteristik

- a. Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluar
- b. Kegagalan melakukan tindakan mengurangi factor resiko
- c. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan
- d. Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan
- e. Kurang perhatian pada penyakit

2.4.4 Faktor Yang Berhubungan

- a. Kerumitan regimen terapeutik
- b. Kerumitan sistem pelayanan kesehatan
- c. Kesulitan ekonomi
- d. Konflik keluarga
- e. Konflik pengambilan keputusan

2.4.5 Saran Penggunaan

Gunakan diagnosis ini untuk keluarga yang memiliki motivasi untuk mematuhi program terapeutik, tetapi mengalami kesulitan dalam memenuhi program tersebut. Diagnosis ini tidak sesuai untuk keluarga yang tidak berminat untuk mematuhi program terapi. Diagnosis ini berfokus lebih sempit dibanding gangguan proses keluarga atau ketidakefektifan koping keluarga. Kedua diagnosis

ini mencakup masalah selain menatalaksana program terapi keluarga. Sulit untuk membedakan judul diagnosis ini dengan ketidakefektifan manajemen program terapeutik karena individu biasanya merupakan bagian dari keluarga (NANDA, 2016).

2.4.6 Alternatif Diagnosis Yang Disarankan

- a. Koping keluarga, ketidakmampuan
- b. Proses keluarga, gangguan
- c. Pemeliharaan kesehatan, ketidakefektifan
- d. Manajemen program terapeutik, ketidakefektifan

2.4.7 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1. Kriteria Hasil Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

NOC (Nursing Outcome Classification)	Indicator
Normalisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga 2. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan anggota yang terkena dampak 3. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga 4. Melaporkan kehidupan keluarga telah kembali ke kondisi sebelum krisis 5. Mempertahankan rutinitas dan aktivitas yang tepat 6. Mempertahankan anggota keluarga seperti biasanya 7. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak
Dukungan keluarga selama perawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit 2. Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit 3. Anggota keluarga bertanya bagaimana mereka bisa membantu 4. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit 5. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit

	<ol style="list-style-type: none">6. Mencari dukungan sosial bagi anggota keluarga yang sakit7. Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit8. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan9. Bekerja sama dengan penyedia pelayanan kesehatan dalam menentukan perawatan
Pembuatan keputusan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi informasi yang relevan2. Mengidentifikasi alternatif (pilihan)3. Mengidentifikasi kemungkinan konsekuensi dari masing-masing pilihan4. Mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif5. Mengidentifikasi kerangka waktu yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif6. Mengenali kontradiksi dari keinginan yang lain7. Mengetahui konteks sosial dari sebuah situasi8. Mengetahui implikasi legal yang relevan9. Mempertimbangkan alternatif10. Memilih diantara alternative-alternatif (pilihan)
Status kesehatan keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Kesehatan fisik anggota keluarga2. Aktifitas fisik anggota keluarga3. Kesehatan mental anggota keluarga4. Imunisasi anggota keluarga5. Perkembangan fisik anggota keluarga6. Perkembangan psikososial anggota keluarga7. Akses ke perawatan kesehatan8. Perumahan yang tepat9. Penyediaan makanan bergizi10. Sumber finansial11. Sumber daya perawatan kesehatan yang tepat12. Sumber daya pelayanan sosial yang tepat
Integritas keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Sering berinteraksi dengan keluarga (bukan keluarga inti)2. Melibatkan anggota dalam pemecahan masalah3. Mendorong otonomi dan kemandirian individu4. Anggota keluarga mengungkapkan kesetiaan5. Anggota keluarga mengungkapkan kasih sayang satu sama lain6. Anggota keluarga membantu satu sama lain dalam melaksanakan peran dan tugas sehari-hari7. Anggota keluarga berbagi perasaan, pikiran, kepentingan dan kekhawatiran8. Anggota keluarga berkomunikasi secara terbuka dan jujur satu sama lain

Ketahanan keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Mendukung anggota keluarga2. Memelihara anggota keluarga3. Melindungi anggota keluarga4. Berkomunikasi dengan jelas antar anggota keluarga5. Berbagi canda6. Mempertahankan rutinitas keluarga seperti biasa7. Mendukung individualitas dan kemandirian diantara anggota keluarga8. Menggunakan tim perawatan kesehatan terkait dengan informasi dan bantuan
Iklim sosial keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Berpartisipasi dalam kegiatan bersama2. Mempertahankan hubungan dengan anggota keluarga jauh3. Berpartisipasi dalam kegiatan di waktu luang4. Mempertahankan rutinitas keluarga5. Menjaga kebersihan rumah6. Mendukung satu sama lain7. Memberikan privasi bagi anggota keluarga8. Mendukung individualitas dan kemandirian anggota keluarga9. Mendorong kegiatan yang menambah kedewasaan10. Berbagi proses pengambilan keputusan11. Bekerja sama untuk mencapai tujuan keluarga12. Berbagi masalah dengan satu sama lain13. Memecahkan masalah bersama-sama
Pengetahuan manajemen penyakit kronik	<ol style="list-style-type: none">1. Manfaat manajemen penyakit2. Tanda dan gejala penyakit kronis3. Tanda dan gejala perkembangan penyakit4. Tanda dan gejala komplikasi5. Strategi mencegah komplikasi6. Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan7. Efek samping obat8. Prosedur yang terlibat dari regimen pengobatan9. Pentingnya kepatuhan terhadap regimen pengobatan10. Diet yang dianjurkan11. Strategi untuk berhenti merokok12. Strategi untuk mengatsai efek samping penyakit13. Kelompok dukungan yang tersedia14. Sumber terpercaya penyakit kronis yang berhubungan dengan penyakit
Pengetahuan regimen pengobatan	<ol style="list-style-type: none">1. Manfaat perawatan2. Tanggung jawab perawatan diri untuk situasi darurat3. Efek yang diharapkan dari pengobatan4. Diet yang dianjurkan5. Regimen obat yang diresepkan6. Aktivitas fisik yang dianjurkan

-
7. Olahraga yang dianjurkan
 8. Prosedur yang dianjurkan
 9. Manfaat manajemen penyakit
-

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

NIC (Nursing Interventions Classification)	Indikator
Dukungan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakinkan keluarga bahwa pasien sedang diberikan perawatan yang terbaik 2. Nilai reaksi emosi keluarga terhadap kondisi pasien 3. Dukung harapan yang realistis 4. Dengarkan kekhawatiran perasaan dan pertanyaan dari keluarga 5. Tingkatkan hubungan saling percaya dengan keluarga 6. Terima nilai yang dianut keluarga dengan sikap yang tidak menghakimi 7. Identifikasi sikap dukungan spiritual bagi keluarga 8. Kurangi perbedaan harapan antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan melalui keterampilan komunikasi 9. Bantu anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan memecahkan masalah konflik nilai-nilai keluarga 10. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan keluarga 11. Berikan perawatan seperti yang diberikan oleh keluarga untuk membuat mereka lebih baik ketika keluarga tidak bisa memberikan perawatan 12. Rencanakan perawatan lanjutan jika ada indikasi dan diinginkan
Peningkatan integritas keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadilah pendengar yang baik bagi anggota keluarga 2. Bina hubungan saling percaya dengan anggota keluarga 3. Pertimbangkan pemahaman keluarga terhadap kondisi yang ada 4. Bantu keluarga untuk mengatasi perasaan bersalah dan tanggung jawab yang realistis seperti yang pernah disampaikan 5. Tentukan tipe hubungan antar anggota keluarga 6. Identifikasi mekanisme koping anggota keluarga 7. Beritahu anggota keluarga mengenai keterampilan koping tambahan yang efektif untuk mereka gunakan 8. Kolaborasi dengan keluarga dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan 9. Dukung keluarga untuk meningkatkan hubungan yang positif

Peningkatan keterlibatan keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Bangun hubungan pribadi dengan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan2. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien3. Ciptakan budaya fleksibilitas untuk keluarga4. Identifikasi defisit perawatan diri pasien5. Monitor struktur dan peran keluarga6. Dorong anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga yang sesuai7. Diskusikan pilihan jenis perawatan di rumah seperti tinggal berkelompok, perawatan di rumah atau <i>respite care</i> yang sesuai
Mobilisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga2. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga3. Identifikasi kekuatan dan sumber daya keluarga, dalam sistem dukungan keluarga dan masyarakat4. Bantu pengembangan pengambilan keputusan mutual dengan anggota keluarga terkait rencana perawatan pasien5. Ajarkan pemberi perawatan di rumah mengenai terapi pasien yang sesuai6. Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi pasien dan perubahan gaya hidup7. Dukung kegiatan keluarga dalam meningkatkan kesehatan atau mengelola kondisi pasien pada saat yang tepat8. Bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi layanan kesehatan dan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien
Pemeliharaan proses keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi efek perubahan peran terhadap proses keluarga2. Dukung untuk tetap kontak dengan anggota keluarga jika diperlukan3. Diskusikan strategi untuk menormalkan kehidupan keluarga dengan seluruh anggota keluarga4. Bantu anggota keluarga untuk menggunakan mekanisme dukungan yang ada5. Diskusikan mekanisme dukungan sosial yang ada untuk keluarga6. Identifikasi kebutuhan akan perawatan rumah (<i>homecare</i>) dan bagaimana jika <i>homecare</i> dilakukan dalam gaya hidup pasien

	7. Ajari pasien manajemen waktu ketika melakukan <i>homecare</i> jika diperlukan
Terapi keluarga	<ol style="list-style-type: none">1. Gunakan riwayat keluarga untuk mendukung diskusi keluarga2. Tentukan pola komunikasi dalam keluarga3. Identifikasi bagaimana keluarga menyelesaikan masalah4. Tentukan bagaimana keluarga membuat keputusan5. Tentukan apakah penganiayaan terjadi dalam keluarga6. Identifikasi kekuatan atau sumber keluarga7. Identifikasi peran yang biasa dalam sistem keluarga8. Identifikasi gangguan khusus terkait dengan harapan peran9. Tentukan jika ada anggota keluarga yang harus menghadapi penyalahgunaan zat10. Identifikasi area ketidakpuasan dan/ atau konflik11. Bantu anggota keluarga berkomunikasi lebih efektif12. Beri pendidikan kesehatan dan informasi13. Bantu keluarga meningkatkan strategi coping yang ada14. Bantu keluarga menetapkan tujuan terhadap cara yang lebih kompeten dalam menangani perilaku disfungsi15. Monitor batasan keluarga16. Monitor respon terapeutik tambahan17. Rencanakan strategi eliminasi dan evaluasi
Panduan sistem pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan sistem perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien atau keluarga2. Bantu pasien atau keluarga untuk berkoordinasi dan mengkomunikasikan perawatan kesehatan3. Bantu pasien atau keluarga memilih profesional perawatan kesehatan yang tepat4. Dorong konsultasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya dengan tepat
Peningkatan peran	<ol style="list-style-type: none">1. Bantu pasien mengidentifikasi peran yang biasanya dalam keluarga2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi ketidakcukupan peran3. Bantu pasien untuk mengidentifikasi perilaku-perilaku yang diperlukan untuk mengembangkan peran4. Dukung pasien untuk mengidentifikasi gambaran realistis dari adanya perubahan peran5. Fasilitasi diskusi mengenai bagaimana adaptasi peran keluarga untuk dapat mengkompensasi peran anggota keluarga yang sakit

Pengajaran : proses penyakit

6. Berikan perubahan model peran terhadap perilaku-perilaku baru dengan cara yang tepat
1. Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik
2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi sesuai kebutuhan
3. Review pengetahuan pasien mengenai kondisinya
4. Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya
5. Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit sesuai kebutuhan
6. Eksplorasi bersama pasien apakah dia telah melakukan manajemen gejala
7. Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan
8. Jelaskan komplikasi penyakit kronik yang mungkin ada sesuai kebutuhan

Pengajaran : prosedur perawatan

1. Informasikan pasien dan orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan dilakukan
2. Informasi pasien dan atau orang terdekat mengenai lama tindakan akan berlangsung
3. Informasi pada pasien dan orang terdekat mengenai siapa yang akan melakukan tindakan
4. Tekankan kerahasiaan pasien dengan tepat
5. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan
6. Gambarkan aktivitas atau prosedur sebelum penanganan
7. Sediakan saksi saat pasien menandatangani *informed consent* sesuai dengan aturan yang berlaku
8. Jelaskan pengkajian atau aktivitas pada tindakan beserta rasionalisasinya

Bantuan pemeliharaan rumah

1. Libatkan pasien atau keluarga dalam memutuskan kebutuhan pemeliharaan rumah
2. Sarankan perubahan structural yang diperlukan untuk membuat rumah lebih mudah diakses
3. Sediakan informasi mengenai bagaimana membuat rumah aman dan bersih
4. Anjurkan untuk menghilangkan bau yang tidak enak
5. Bantu keluarga menggunakan jaringan dukungan social

2.4.8 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 di didik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui

implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang ehat bagi setiap anggota keluarga serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Friedman, 2010).

2.4.9 Evaluasi Keperawatan

Komponen kelima proses keperawatan adalah evaluasi. Evaluasi berdasarkan seberapa efektif intervensi yang dilakukan keluarga, perawat dan lainnya. Keberhasilan lebih ditentukan oleh hasil pada sistem keluarga dan anggota keluarga (bagaimana keluarga berespons) daripada intervensi yang di implementasikan. Evaluasi merupakan proses terus-menerus yang terjadi setiap perawat memperbarui rancana asuhan keperawatan. Sebelum rencana perawatan dikembangkan atau dimodifikasi, tindakan keperawatan tertentu perlu ditinjau oleh perawat dan keluarga untuk memutuskan apakah tindakan tersebut memang membantu. Kecuali respons keluarga terhadap intervensi keperawatan dievaluasi bersama, tindakan keperawatan yang tidak efektif dapat terus berlangsung (Friedman, 2010).

BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami hipertensi.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam bab ini yaitu merupakan dalam bentuk laporan kasus. Laporan kasus adalah laporan tertulis dari suatu kasus yang dijumpai penulis dan dianggap perlu untuk dikomunikasikan karena mengandung aspek yang khas, misalnya sangat langka, memerlukan pengelolaan khusus, tampak aneh atau tidak biasa, dan lain-lain (Setiadi, 2007).

Rancangan penelitian studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif, misalnya suatu klien, keluarga, komunitas atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian.

Rancangan pada studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara rinci meskipun jumlah respondennya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas. Misalnya studi kasus tentang asuhan keperawatan klien dengan infark miokard akut pada hari pertama serangan di RS. Peneliti akan mengkaji variabel yang sangat luas dari kasus di atas mulai dari menemukan masalah bio-psiko-sosio-spiritual (Nursalam, 2008). Jadwal penulisan dapat dilihat pada lampiran 3.1

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi focus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan

masalah keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

3.2.1 Tekanan Darah di atas 140/90 mmHg dengan 3 kali pemeriksaan

3.2.2 Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga termasuk yang dialami seseorang (pasien binaan) di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 keluarga binaan yaitu pada keluarga Ny. S dan keluarga Tn. S yang anggota keluarganya mengalami Hipertensi dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Pada studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Rogotrunan desa kepuharjo dan tukum bulan maret tahun 2018. Asuhan keperawatan keluarga selama 3-4 kali kunjungan dalam 2 minggu kedua rumah klien yang anggota keluarganya mengalami hipertensi

3.4.2 Waktu

Waktu yang digunakan dalam pengambilan data yaitu dimulai pada tanggal 19 – 31 Maret 2018.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Macam-Macam Data

Perawat mengumpulkan dan mendokumentasikan dua jenis data yang berhubungan dengan pasien yaitu data subjektif dan data objektif (NANDA, 2016).

a. Data Subjektif

Data subjektif berasal dari laporan lisan pasien mengenai persepsi dan pemikiran tentang kesehatannya, kehidupan sehari-hari, kenyamanan, hubungan dan sebagainya. Misalnya, pasien mungkin melaporkan “Saya mengalami sakit

punggung yang parah selama seminggu”. Kadang-kadang pasien tidak mampu memberikan data subjektif dan kita harus mencari sumber-sumber lain, seperti anggota keluarga atau teman dekat. Orang tua mungkin dapat memberikan informasi yang berguna tentang perilaku anak mereka berdasarkan pengamatan sehari-hari dan pengetahuan mereka. Misalnya mungkin orang tua mengatakan kepada perawat “Dia biasanya meringkukkan dirinya pada bola dan batu ketika merasa sakit”. Perawat dapat menggunakan informasi ini untuk memvalidasi perilaku anaknya dan perilaku tersebut dapat digunakan sebagai data subjektif (NANDA, 2016)

b. Data Objektif

Data objektif adalah hal-hal yang perawat amati tentang pasien. Data objektif yang dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik dan hasil tes diagnostik. Disini “mengamati” tidak hanya berarti penggunaan penglihatan, memerlukan penggunaan semua indra. Sebagai contoh, perawat melihat penampilan umum pasien mendengar suara paru, mungkin bau drainase luka busuk, dan merasakan suhu kulit menggunakan sentuhan. Selain itu, perawat menggunakan berbagai instrumen dan alat-alat pada pasien untuk mengumpulkan data numerik (misalnya berat badan, tekanan darah, saturasi oksigen dan tingkat nyeri). Untuk mendapatkan data yang objektif yang dapat diandalkan dan akurat perawat harus memiliki pengetahuan atau keterampilan yang sesuai untuk melakukan pengkajian fisik dan menggunakan alat-alat standar atau perangkat pemantauan (NANDA, 2016).

3.5.2 Sumber Data

Data penelitian kualitatif secara garis besar dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu data primer dan data sekunder (Wibowo, 2014).

a. Sumber Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam kepada responden dengan berpedoman pada daftar beberapa pertanyaan yang sudah disusun oleh peneliti. Selain melalui wawancara mendalam, data primer dikumpulkan melalui wawancara kepada sekelompok orang dan juga melalui pengamatan (Wibowo, 2014).

b. Sumber Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui telaahan dokumen, foto, catatan pengamatan, catatan data dan lain-lain (Wibowo, 2014).

3.5.3 Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden. Pengumpulan data dengan teknik ini dapat digunakan untuk memperoleh data yang bersifat fakta, misalnya umur, pekerjaan, jumlah anak dan lainnya. Wawancara dapat pula digunakan untuk mengetahui sikap, pendapat, pengalaman dan lain-lain. Misalnya sikap terhadap program imunisasi pada ibu hamil, pendapat tentang prosedur pelayanan pengobatan dan lain-lain (Setiadi, 2007).

- a. Keuntungan pengumpulan data dengan teknik wawancara adalah:
- b. Fleksibel karena urutan masalah tidak harus sesuai dengan daftar pertanyaan.
- c. Jawaban dapat diperoleh dengan segera
- d. Dapat menilai sikap dan kebenaran jawaban yang diberikan oleh responden
- e. Dapat membantu responden dalam mengingat hal-hal yang lupa.
- f. Kerugian pengumpulan data dengan teknik wawancara adalah:
- g. Relatif membutuhkan tenaga, waktu dan biaya yang besar
- h. Dapat menimbulkan kesalahan atau bias yang berasal dari pewawancara maupun responden
- i. Bila pertanyaan yang diajukan terlalu banyak maka akan melelahkan hingga kualitas data akan menurun. Untuk mengatasi hal tersebut wawancara dapat dilakukan 2 kali (Setiadi, 2007)

3.5.4 Pengamatan (Observasi)

- a. Ada beberapa jenis pengamatan yaitu:
- b. Pengamatan terlibat (observasi partisipatif)

Pengamatan benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki.

- c. Pengamatan sistematis

Pengamatan yang mempunyai kerangka atau struktur yang jelas. Dan pada umumnya observasi sistematis ini didahului suatu observasi pendahuluan, yakni dengan observasi partisipan.

d. Observasi eksperimental

Dalam observasi ini pengamat dimasukkan dalam kondisi dan situasi tertentu. Maka observasi ini sering disebut pengamatan terkendali.

(Setiadi, 2007);

3.6 Penyusunan Laporan Kasus

Secara umum kegiatan penyusunan laporan kasus memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut:

3.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan menggunakan hasil wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

3.6.2 Mereduksi Data

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

3.6.3 Penyajian Data

Dilakukan dalam bentuk gambar, tabel, bagan ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.6.4 Kesimpulan

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

kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, inetrvensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

(Alfiyanti, 2014)

3.7 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek pada penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian. Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemebuhan hak-hak partisipan Mauthner, Birch, Jessop dan Miller (2005) menyatakan bahwa pemenuhan hak-hak tersebut minimal memiliki prinsip-prinsip sebagai berikut: menghargai harkat dan martabat partisipan, memerhatikan kesejahteraan partisipan dan keadilan (*justice*) untuk semua partisipan (Rachmawati, 2014).

3.7.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini dapat dilakukan peneliti untuk memnuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), (Rachmawati, 2014).

a. Kerahasiaan Identitas Pasien (*Anonimity*)

Hasil rekaman diberi kode partisipan tanpa nama (*hak ananomy*), untuk selanjutnya disimpan didalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian (Rachmawati, 2014)

b. Kerahasiaan Data (*Confidentiality*)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya. Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*) data, peneliti wajib menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti (Rachmawati, 2014)

3.7.2 Prinsip Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memerhatikan kemanfaatan (*beneficience*) dan meminimalkan resiko (*nonmalefecience*) (Rachmawati, 2014)

Prinsip memerhatikan kesejahteraan partisipan menyatakan bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan dan memberikan kemanfaatan yang lebih besar daripada resiko atau bahaya yang dapat ditimbulkan dari kegiatan riset yang dilakukan.

a. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Prinsip kemanfaatan yaitu setiap penulis wajib meyakinkan kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan bahaya, tidak mengeksploitasi dan tidak mengganggu kenyamanan pasien baik dari bahaya fisik maupun bahaya psikologis (Alfiyanti, 2014)

b. Meminimalkan Risiko (*Nonmaleficience*)

Prinsip meminimalkan resiko menyatakan bahwa responden memiliki hak untuk diberi penjelasan tentang bahaya atau resiko yang dapat ditimbulkan selama kegiatan dilakukan (Alfiyanti, 2014).

3.7.3 Prinsip Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa deskriminasi. Semua partisipan memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan di antara mereka selama kegiatan riset dilakukan. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apa pun selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial (Rachmawati, 2014)

3.7.4 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Pertanyaan persetujuan diberikan para partisipan setelah memperoleh berbagai informasi berupa tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bentuk partisipannya dalam penelitian yang dilakukan dari peneliti. Bentuk pernyataan persetujuan partisipan dengan

memberikan tanda tangan atau bentuk lainnya, seperti cap jari pada lembar persetujuan tersebut pada partisipan yang tidak memiliki kemampuan baca tulis (Rachmawati, 2014). Surat-surat dan *informed consent* dapat dilihat pada lampiran 3.2



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang di dapat pada keluarga klien 1 dan keluarga klien 2 sama-sama mengalami kurang perhatian pada penyakit, dalam hal ini yaitu kurang dukungan sosial keluarga dalam kontrol ke pelayanan kesehatan terkait dengan hipertensi yang di derita oleh keluarga klien 1 dan keluarga klien 2. Kurang dukungan sosial dalam keluarga dikarenakan salah satu anggota keluarga yang lain memiliki masalah kesehatan Diabetes Mellitus dengan komplikasi kerusakan jaringan integritas kulit sehingga prioritas masalahnya lebih penting daripada yang dialami oleh kedua klien yang menderita hipertensi.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien mengalami masalah yang sama yakni ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dalam teori NANDA tahun 2015 dengan etiologi yang sama yaitu kurang perhatian pada penyakit dengan tidak rutin kontrol ke pelayanan kesehatan dan juga kurang dukungan keluarga pada salah satu batasan karakteristik atau etiologi yang muncul sesuai NANDA tahun 2015 jika salah satu batasan karakteristik mendukung terjadinya pada klien maka bisa diangkat diagnosa, sehingga diagnosa yang muncul pada klien hipertensi yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

5.1.3 Intervensi keperawatan

Secara umum intervensi keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga ada 12 intervensi dengan 94 indikator pada tiap intervensi dalam NIC tahun 2013, tetapi hanya 2 intervensi keperawatan yang digunakan dan 1 intervensi tambahan yaitu intervensi dukungan pengasuhan (caregiver support), Intervensi pengajaran proses penyakit, dan Intervensi tambahan yaitu teknik relaksasi nafas dalam.

5.1.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan NIC (*Nursing Intervention Classification*) pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah 2 intervensi keperawatan dan 1 intervensi tambahan yang sudah direncanakan. Setelah dilakukan intervensi oleh kedua keluarga klien didapatkan hasil cara penyampaian yang sama pada keluarga klien 1 dan keluarga klien 2 tetapi hasil yang diterima berbeda hal ini dikarenakan penerimaan dari masing-masing kedua klien berbeda bisa dari faktor umur dan juga pengalaman oleh karena itu hasil yang diterima berbeda.

5.1.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang digunakan penulis pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga mengacu pada kriteria hasil atau *outcome* dengan *Nursing Outcome Classification* (NOC) tahun 2013, diantaranya pengetahuan manajemen penyakit kronik dan pengetahuan regimen pengobatan. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi proses formatif dengan menggunakan proses SOAP, dimana evaluasi keperawatan digunakan dilakukan setiap selesai melakukan implementasi. Dalam evaluasi keperawatan tidak semua tujuan tercapai dengan waktu yang ditargetkan, karena masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga melewati serangkaian proses keperawatan dan prioritas penanganan masalah kesehatan keluarga belum menganggap hal ini penting serta masih ada prioritas penyakit yang lebih penting dalam keluarga tersebut.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga binaan dan juga Puskesmas Rogotrunan sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Hal ini dikarenakan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada pasien hipertensi dapat menimbulkan komplikasi lainnya. Perawat harus mampu melakukan tindakan keperawatan lainnya yang tepat seperti dukungan keluarga, kontrol ke pelayanan kesehatan, terapi pengobatan tradisional dan terapi relaksasi nafas dalam.

5.2.3 Bagi Keluarga

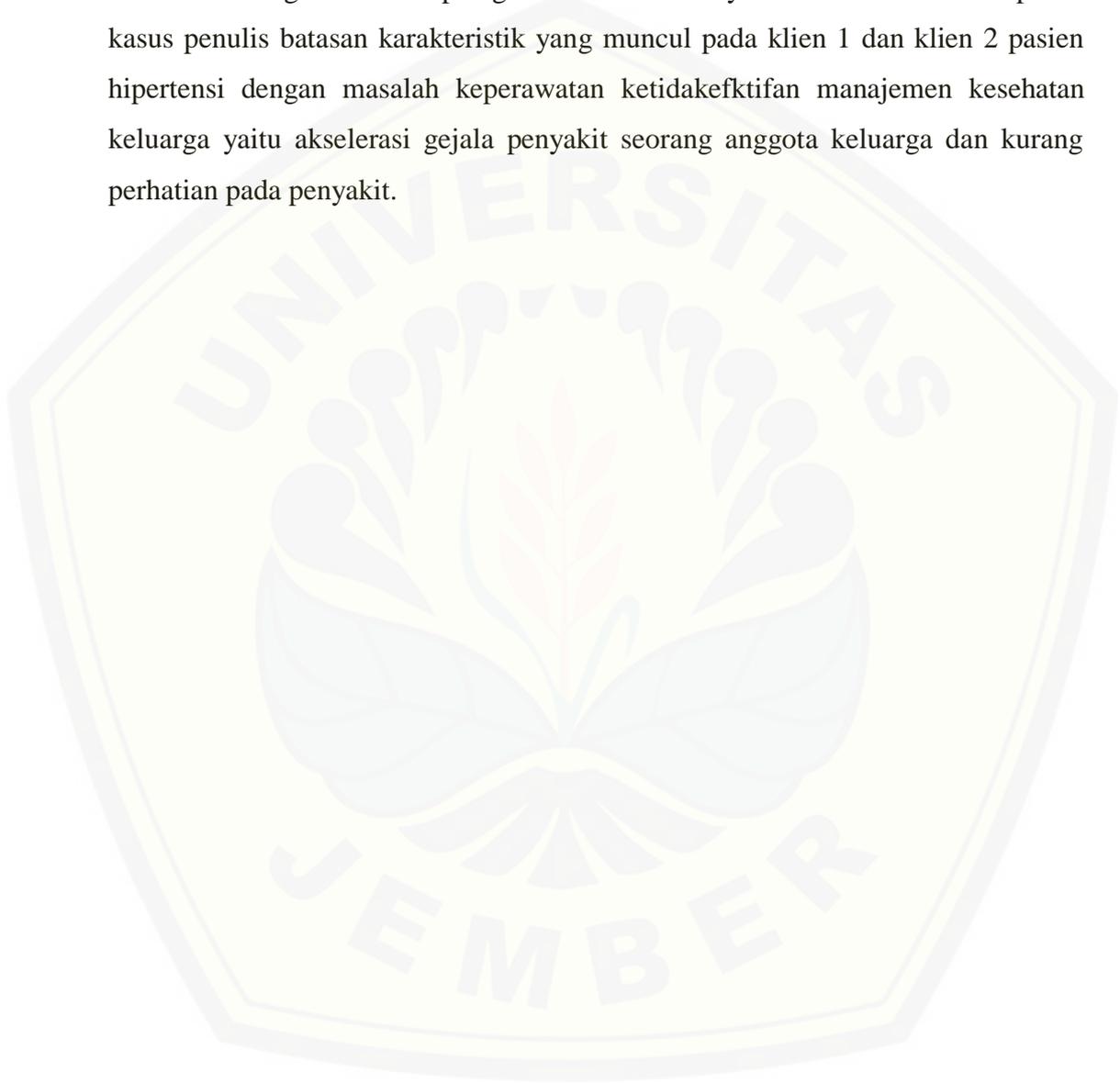
Diharapkan keluarga dapat membantu beberapa atau semua aktivitas yang dibutuhkan oleh klien. Keluarga juga harus mengetahui cara perawatan klien pada hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Hal ini bertujuan agar keluarga berperan aktif dalam proses penyembuhan klien, dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih kepada klien karena dalam proses asuhan keperawatan keluarga klien sepenuhnya dirawat di rumah oleh karena itu keluarga sangat penting dalam hal ini pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

5.2.4 Bagi Puskesmas

Diharapkan bagi puskesmas dapat memberikan perhatian yang lebih kepada para klien yang kontrol ke pelayanan kesehatan terutama pada klien hipertensi untuk lebih sering lagi diingatkan terhadap penyakitnya karena banyak masyarakat yang menganggap hipertensi sebagai penyakit biasa karena tidak ada tanda dan gejala khusus, meskipun tekanan darahnya tinggi tetapi masyarakat masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu terutama pada puskesmas juga mempunyai peran yang penting dalam proses penyembuhan pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada pasien hipertensi, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan lainnya. Berdasarkan hasil laporan kasus penulis batasan karakteristik yang muncul pada klien 1 dan klien 2 pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga dan kurang perhatian pada penyakit.



DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyanti, Y. &. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT. RAJAGRAFINDO PERSADA.
- Ali, Z. (2009). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Artiyaningrum, B. (2014). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Yang Melakukan Pemeriksaan Rutin Di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. *Skripsi* , 32-35.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskular: Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Baradero, M. (2008). *Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Bilotta, K. A. (2011). *Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Dalmartha, S. (2008). *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus +.
- Darmawan, D. (2015). Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Di Poliklinik Penyakit Dalam RS. Rajawali Bandung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* , 1-18.
- Dewi, T. K. (2013). *Gambaran Pengetahuan Warga Tentang Hipertensi Di RW 02 Sukarasa Kecamatan Sukasari Universitas Indonesia*. Jakarta: Perpustakaan.upi.edu.
- dkk, M. (2014). Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Hipertensi DI Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara. *ejournal keperawatan (e-Kp)*, Volume 2, Nomor 1 , 1-10.
- dkk, M. S. (2014). Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara . *ejournal keperawatan (e-Kp)*, Volume 2, Nomor 1 , 2-10.
- Efendi, H. (2017). Dukungan Keluarga Dalam Manajemen Penyakit Hipertensi. *Majority*, Volume 6, Nomor 1 , 34.
- Fita, A. (2011). Analisis Faktor-faktro Yang Mempengaruhi Kejadian Hipertensi Primer di Desa Trunuh Klaten Selatan. *Skripsi* , 13-14.

- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Hendra Efendi, T. L. (2017). Dukungan Keluarga Dalam Manajemen Penyakit Hipertensi. *Journal Content* , 35.
- Herdman, T. H. (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan; Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Ilham, M. (2008). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Kota Surakarta. *Skripsi Thesis* , 9.
- Isti, H. (2008). Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Tentang Hipertensi dengan Praktek Pencegahan Komplikasi Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman Yogyakarta. *Skripsi Thesis* , 2-3.
- Kenny, P. (2013). Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pasien Hipertensi Di Denpasar Ditinjau Dari Kepribadian Tipe A dan Tipe B. *Jurnal Psikologi Udayana, Vol. 1, No. 1* , 32-42.
- Kiki Korneliadi, I. M. (2012). Obesitas dan Stress Dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (7), Nomor 2* , 117-121.
- Klabunde, R. E. (2015). *Konsep Fisiologi Kardiovaskuler*. Jakarta: EGC.
- Kowalak, J. P. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Loscalzo, J. (2015). *Horrison Kardiologi dan Pembuluh Darah*. Jakarta: EGC.
- Maghfiroh, S. (2014). Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Berulang Pada Lansia Di Padukuhan Karang Tengah Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. *Skripsi* , 8-12.
- Manuntang, A. (2015). Pengaruh Kognitif Behavior Therapy (CBT) terhadap Self Efficacy dan Self Care Behavior pada Pasien Hipertensi . *Jurnal Kedokteran Mutiara Medika, Volume 15 Nomor* , 43-44.
- Meylen. (2014). Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara. *ejournaln keperawatan (e-Kp), Volume 2, Nomor 1* , 1-10.

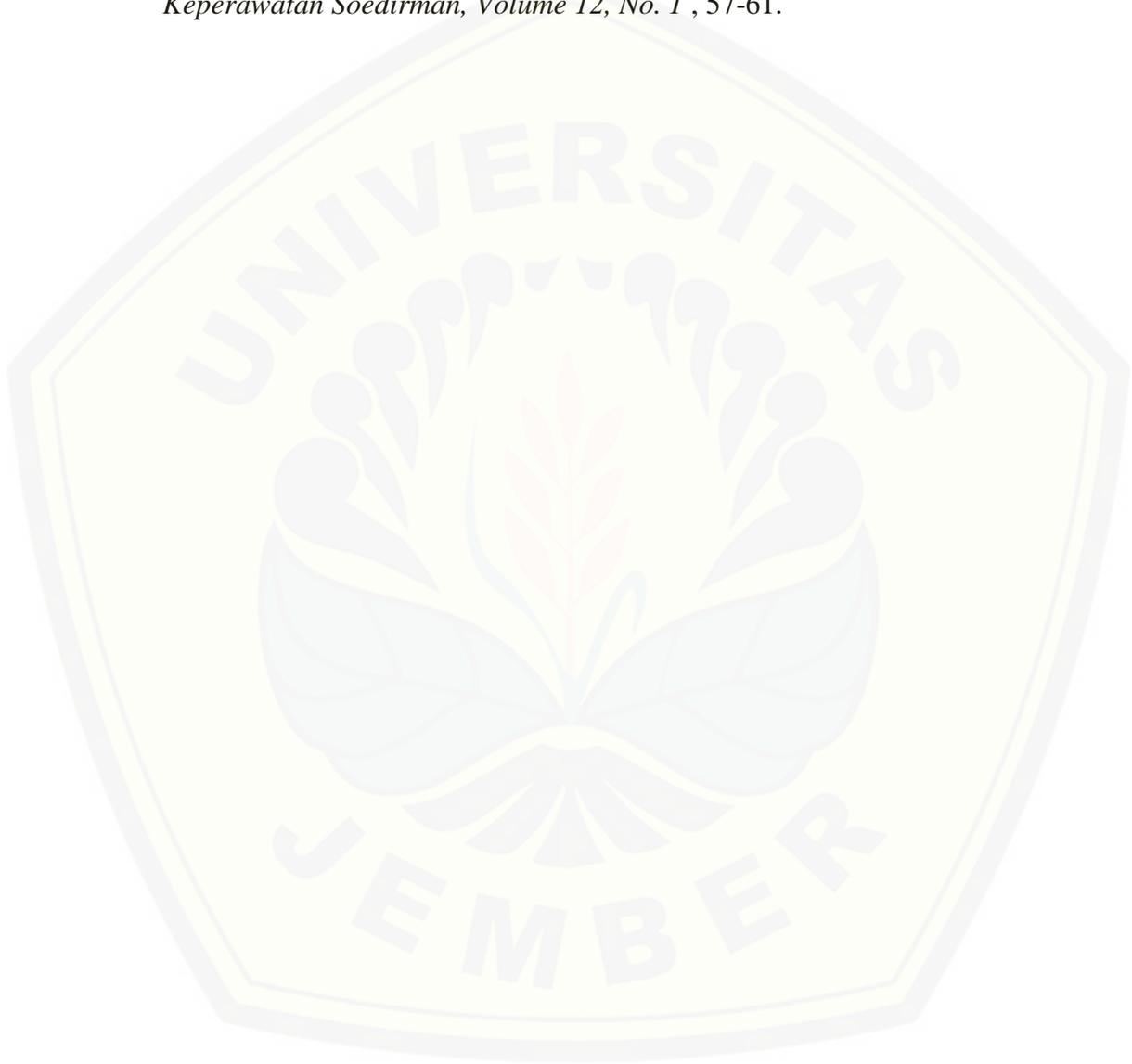
- Miyusliani, S. (2011). Faktor Resiko Yang Berpengaruh Terhadap Kepatuha Diet Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 1, No.3* , 164.
- Mulyati, L. (2013). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Self Management Behavior pada Pasien Hipertensi . *Jurnal Keperawatan Volume 1 Nomor 2* , 112-113.
- Mutiawati, M. (2009). Hubungan Antara Riwayat Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Hipertensi Pada Usia 45-55 Tahun Study Di Wilayah Kelurahan Tlogosari Kulon Semarang . *Skripsi Penelitian* , 12-15.
- Muttaqin, A. (2012). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* . Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA. (2016). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2016 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Ningrum, S. R. (2012). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perilaku Makan Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir Sleman Yogyakarta. *Skripsi Thesis* , 4.
- Novian, A. (2014). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi (Studi Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2013). *Unnes Journal Of Public Health, Volume 3 Nomor 3* , 1-9.
- Novian, A. (2013). Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Nomor 9, volume 1* , 100-105.
- Nugroho, B. K. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Sikap Pencegahan Komplikasi Pada Pasien Hipertensi Di Wiayah Kerja Puskesmas Sangkrah Surakarta. *Jurnal Penelitian Skripsi* , 1-5.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Pradono, J. (2010). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi di Daerah Perkotaan. *Gizi Indon, Nomor 33 (1)* , 59-66.
- Rachmawati, Y. A. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan* . Jakarta: Rajawali Pers.

- Rahajeng, E. (2009). Prevalensi Hipertensi dan Determinannya Di Indonesia. *Maj Kedokt Indon, Volume 59, Nomor 12* , 580-581.
- Rahayu Sri Utami, R. (2016). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Penderita Hipertensi di Puskesmas Tualang. *Jurnal Psikologi, Volume 12 Nomor 1, Tahun 2016* , 95.
- Ramayulis, R. (2010). *Menu dan Resep Untuk Penderita Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus +.
- Ruhyana, D. J. (2015). Hubungan Tingkat Religiusitas Terhadap Tekanand Darah Penderita Hipertensi Di Pedukuhan Karang Tengah Gamping Sleman Yogyakarta. *Thesis* , 1-17.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Soenarta, A. A. (2015). *Pedoman Tata Laksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskuler*. Jakarta: PERKI.
- Sugiharto. (2008). Faktor-Faktor Resiko Hipertensi Grade II Pada Masyarakat. *Jurnal Keperawatan* , 70-90.
- Sukmawati, F. (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi Di Dusun Wonokerto Desa Sumberwono Kecamatan Bangsal Kabupaten Mojokerto. *Laporan D3 Karya Tulis Ilmiah* , 1.
- Syavardi, Y. (2013). Pengaruh stress Terhadap Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Matur, Kabuoaten Agam. *Skripsi* , 4-17.
- T, H. H. (2015). *Nanda International Inc. diagnosis keperawatan : definisi & klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Trihandini, A. R. (2013). Determinan Komplikasi Kronik Diabetes Melitus pada Lanjut Usia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Nomor 7, Volume 9* , 395-400.
- Udjianti, W. J. (2013). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.

Wibowo, A. (2014). *Metodolgi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Depok: PT RAJAGRAFINDO PERSADA.

Yuliyanti, I. (2008). Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tentang Komplikasi Hipertensi Dengan Pencegahan Komplikasi Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman Yogyakarta. *Skripsi Thesis* , 63-68.

Yuono, G. A. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Soedirman, Volume 12, No. 1* , 57-61.



Lampiran 3.1 Jadwal Penulisan

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :LAPORAN KASUS

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

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Program Studi D3 Keperawatan Universitas

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : SRI

Umur : 41 Tahun

Jeniskelamin : Perempuan

Alamat : KSTUMAF-3D

Pekerjaan : SURABAYA

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

"Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S Dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018"

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

Lumajang, 19-8-2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


Sri Endang Bahayu NingSih
NPM. 15017


(SRI)

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian

Nama Institusi / Program Studi D3 Keperawatan Universitas

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : ASTUZAMA KHORRUM

Umur : 17 th

Jenis kelamin : Pelajar

Alamat : Taman Kelung

Pekerjaan : Keluar

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

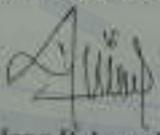
"Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Ny. S Dan Tn. S Yang Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018"

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

Lumajang, 17-05-2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


Sri Endang Rahayu NingSih
NPM. 15017


(...ASTUZAMA KHORRUM...)

**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Airl Rahman Hakim No. 1 Telp./Fas. (0334) 881586 e-mail: kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor: 072/457/427.75/2018

Dasar

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

Menimbang

Surat dan Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor 165/LN/25.1.14.2/1.T/2018 tanggal 19 Februari 2018 perihal Permohonan Uji Pengambilan Data atas nama SRI ENDANG RAHAYU MINGSIH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama SRI ENDANG RAHAYU MINGSIH
2. Alamat Des. Krijan 1 RT 5 RW 2 desa Tegalmudo kec. Klokah
3. Pekerjaan/Jabatan Mahasiswa
4. Instansi/UM Universitas Jember Kampus Lumajang 152302101016
5. Kebangsaan Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan

1. Judul Proposal Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Kebidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotnaran Lumajang Tahun 2018
2. Tujuan Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian D3 Keperawatan
4. Penanggung jawab Kund Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta
6. Waktu Penelitian 8 Maret 2018 s.d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian Puskesmas Rogotnaran Lumajang

Dengan ketentuan

1. Berkeajiban menghormati dan mematuhi 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 sejenismya 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 berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 08 Maret 2018

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik


Kepala Bidang HAL
DIS. ABU HASAN
Pemerintah Kabupaten Lumajang
No. 996/2018/459303 1 001

Tembusan YB

1. Pt. Bupati Lumajang (sebagai laporan)
2. Sdr. Kapolres Lumajang
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang
5. Sdr. Ka. PKM Rogotnaran Lumajang
6. Sdr. Koord. Prodi D3 Keperawatan UMEJ Kam. Lumajang
7. Sdr. Yang Berkegiatan.

Lumajang, 19 Februari 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat
permohonan ijin pengambilan
data penelitian.

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di :

LUMAJANG

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

Nama : Sri Endang Rahayu NingSih
NIM : 152303101016

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah
dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah
Keperawatan Kehdakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja
Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018"

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 :

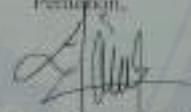
Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan Lumajang
Alamat : Jl. Brantas No. 5 Rogotrunan, Kabupaten Lumajang
Waktu penelitian : Februari - Mei 2018

Demikian atas perkenannya di ucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI


Arista Mahyarah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013

Hormat kami,
Pemohon,


Sri Endang Rahayu NingSih
NPM. 152303101016



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katmoro Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67332
Email: d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor: 163 /UN25.1.14.2/CT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 19 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama	: Sri Endang Rahayu NingSih
Nomor Induk Mahasiswa	: 152303101016
Tempat, Tanggal Lahir	: Lumajang, 02 Mei 1995
Prodi	: D3 Keperawatan
Tingkat / Semester	: III / VI
Alamat	: Krajan 1, RT/RW 003/002 Kel/Des. Tegol Randa, Kec. Klakah Kab. Lumajang

diijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Keidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotriman Lumajang Tahun 2018"

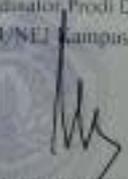
Dengan pembimbing :

1. Arista Maisyarah, S.Kep, Ns.,M.Kep

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

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 19 Februari 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang


NURUL HAYATI S. Kep. Ners. MM
NIP. 19650629198703 2 008

Lampiran 4.3 Leaflet Hipertensi

SATUAN ACARA PENYULUHAN HIPERTENSI



OLEH :
SRI ENDANG RAHAYU NINGSIH
NIM : 152302101016

PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
TAHUN 2018

Tanda dan Gejala

- 85 % tidak merasakan apa – apa
- "silent killer"
- Beberapa merasakan gejala seperti sakit kepala, tengkuk terasa berat, atau gejala lain bergantung organ yang terkena efek.
- Didignosa dengan pengukuran tekanan darah oleh tenaga ahli



- Sakit kepala
- Sakit kuduk
- Sulit Tidur
- Kelelahan
- Mual
- Muntah
- Sesak nafas
- Gelisah
- Pandangan kabur



- ### 1. Definisi
- Hipertensi yaitu peningkatan tekanan darah diatas normal atau lebih dari 140/90 mmHg

Darah Tinggi (Hipertensi)

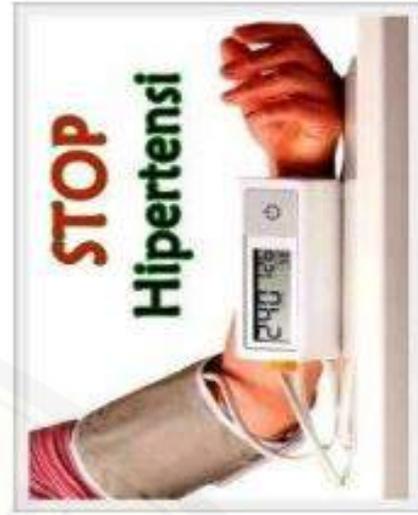
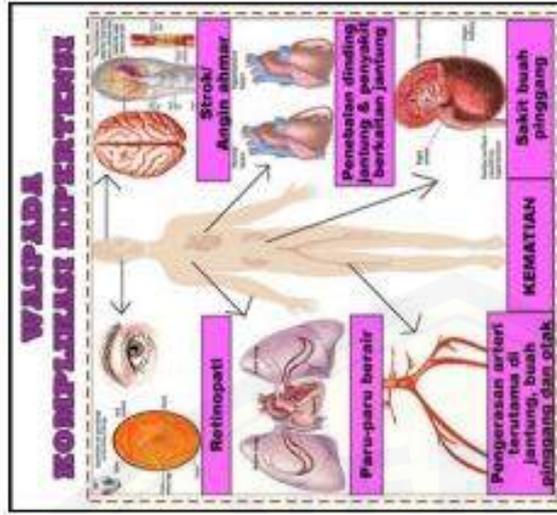


Penyebab Tekanan darah tinggi

- Stress
- Ketahanan
- Merokok
- Kegemukan
- Kurang aktivitas fisik/ berolahraga
- Konsumsi minuman berasam
- Kelebihan ginjal, dll



4. 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
5. Komplikasi
- Pada mata
Dapat mengakibatkan perdarahan retina, gangguan penglihatan, sampai dengan kebutaan
 - Pada ginjal
Pada ginjal hipertensi dapat mengakibatkan gagal ginjal
 - Pada jantung
Pada jantung hipertensi dapat mengakibatkan decomp
 - Pada otak
Pada otak dapat mengakibatkan perdarahan otak yang disebabkan oleh pecahnya mikroorganisme yang dapat mengakibatkan kematian.



SATUAN ACARA PENYULUHAN

NAFAS DALAM UNTUK
MENURUNKAN HIPERTENSI



OLEH :

SRI ENDANG RAHAYU NINGSIH

NIM. 152303101016

PRODI D3 KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

KAMPUS LUMAJANG

TAHUN 2018

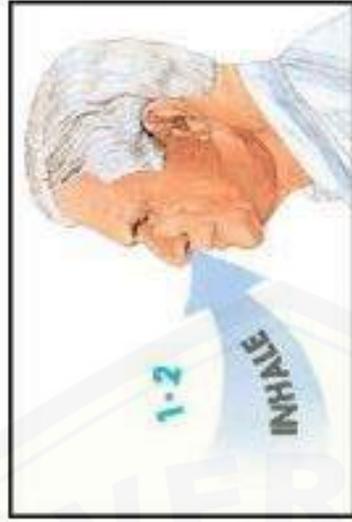
1. Ciptakan lingkungan yang tenang



2. Usahan tetap rileks dan tenang



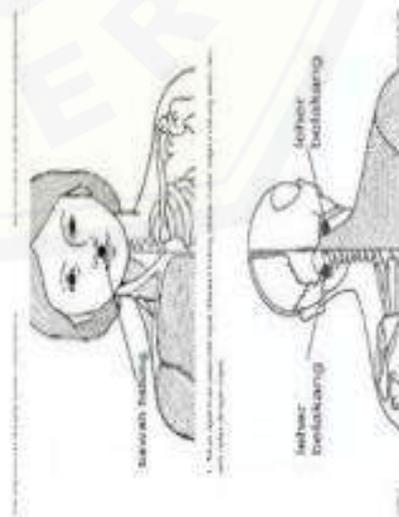
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru melalui udara melalui hitungan 1,2,3



4. Perlahan-lahan udara diembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks



5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali



6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan



7. Usahakan tetap konsentrasi atau sambil mata terpejam



SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENCEGAHAN HIPERTENSI



OLEH :

SRIENDANG RAHAYU NINGSIH

NIM. 152303101016

PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG

TAHUN 2018

1. Olahraga yang cukup



2. Tidak mengonsumsi alkohol



3. Tidak merokok

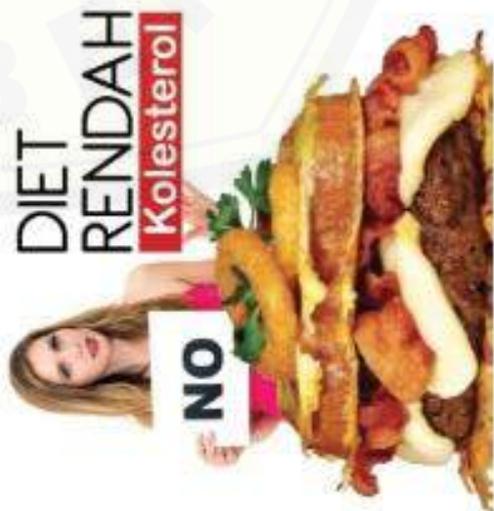


4. Istirahat yang cukup



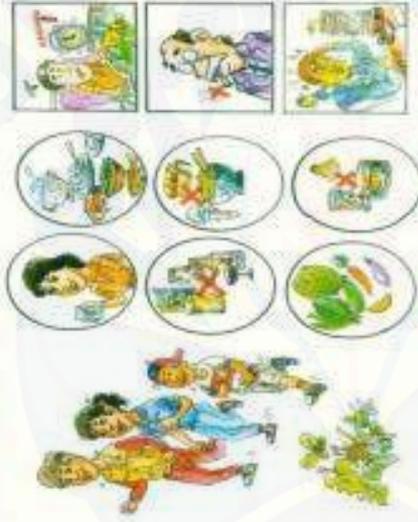
Istirahat yang cukup

5. Pola makan yang teratur (rendah garam dan rendah kolesterol)

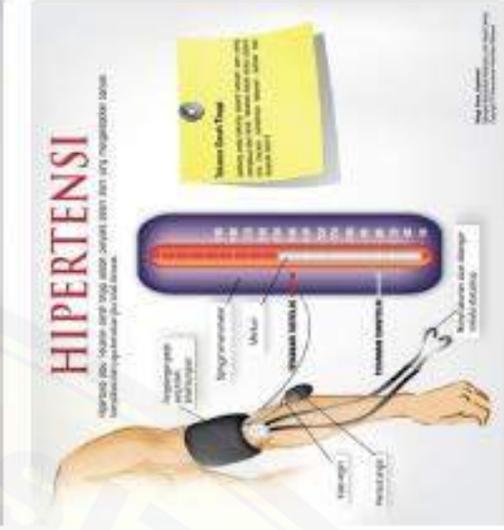


6. Pola hidup sehat

Pola Hidup Sehat



7. Selalu melakukan pemeriksaan kesehatan



SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENGobatan HIPERTENSI



OLEH :

SRIENDANG RAHAYU NINGSIH

NIM. 152303101016

PRODI D3 KEPERAWATAN

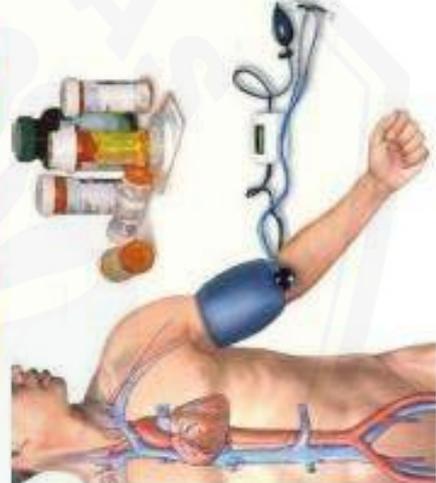
UNIVERSITAS JEMBER

KAMPUS LUMAJANG

TAHUN 2018

1. Pengobatan Medis

Dengan obat-obatan yang didapat dari petugas kesehatan yang dapat menurunkan hipertensi atau tekanan darah tinggi



2. Pengobatan Tradisional

a) Mentimun

Khasiat :

Dapat menurunkan tekanan darah tinggi dan juga baik untuk ginjal atau kandung kemih

Cara konsumsi :

Bisa dimakan langsung atau dapat diparut diambil airnya langsung di minum



b) Seledri

Khasiat :

Dapat menurunkan hipertensi

Cara konsumsi :

Menumbuk se genggam daun seledri sampai halus, tambahkan air matang saring dan peras dengan air bersih dan halus. Air saringan kemudian di minum pagi dan sore dengan sedikit ampasnya yang ada di dasar gelas



c) Mengkudu

Khasiat :

Buah ini sebagai alternatif untuk menekan hipertensi

Cara konsumsi :

Mamarut halus, kemudian diperas memakai kain kasa yang bersih diambil airnya. Minum sari mengkudu setiap pagi dan sore secara teratur



d) Belimbing

Khasiat :

Menurunkan tekanan darah yang banyak serat, nutrisi dan vitamin

Cara konsumsi :

Bisa dimakan langsung atau dibuat jus dengan sedikit campuran air dan gula



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10.	15/4 2018	Konvensi BASS 4	Pada kegiatan ini, kami membahas tentang kegiatan apa saja yang akan dilaksanakan pada hari ini.		
11.	16/4 2018	Konvensi BASS 4	Pada pertemuan kedua ini, kami telah yang sudah dilakukan pada hari ini.		
12.	17/4 2018	Konvensi BASS 4	Pada kegiatan ini, kami dan kami telah pada pertemuan yang sudah dilaksanakan pada pertemuan.		
13.	20/4 2018	Konvensi BASS 5	Pada kegiatan ini, kami telah melakukan hal yang berkaitan dengan pertemuan dan pertemuan.		
14.	24/4 2018	Konvensi BASS 5	Pada kegiatan ini, kami membahas dengan pertemuan dan pertemuan telah pada hari ini.		
15.	27/4 2018	Konvensi BASS 4 dan BASS 5	Ace Book 4 dan BASS 5		
16.	1/5 2018		Ace me m		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17	22/5 2018	Keracut Bab 1, 2, 3, 4, 5 (Keracut Pengantar)	Keracut keracutan yang keracut di tentukan yang sama dengan keracutan kelompok yang menggunakan keracutan		
18	23/5 2018	Keracut Bab 1-5 (Pengantar)	Ditulis tentang keracutan dan keracutan di tentukan keracutan yang keracut keracutan keracutan (keracutan PPK), keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan		
19	24/5 2018	Keracut Bab 1-5 (Keracutan Pengantar)	Pengertian keracutan keracutan keracutan dan keracutan		
20	24/5 2018	Keracut Bab 1-5 (Pengantar)	Pengertian keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan		
21	27/5 2018	Keracut Bab 4 (Keracutan Pengantar)	Pengertian keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan		
22	30/5 2018	Keracut Bab 5 (Pengantar)	Pengertian keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan keracutan		
23	30/5 2018		Ace		

D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
 Jl. Brigjen Katamso Telepon (0334)882622 Lumajang 67311

DAFTAR HADIR UTEK KOMPREHENSIF
TAHUN AKADEMIK 2017/2018

PASIEN 1

Hari/ Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
Senin, 19 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Rabu, 21 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Jumat, 23 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Sabtu, 24 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	

PASIEN 2

Hari/ Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
Senin, 26 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Rabu, 28 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Jumat, 30 Maret 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	
Sabtu, 31 Februari 2018	Sri Endang RN		Arista Maisyarah, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	