



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. B DAN
Tn. D YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
TERAPI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**REGITA ANDES SETYORINI MS
NIM 152303101041**

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

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. B dan Tn. D Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018 ” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Jumat, 06 Juli 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,

R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ners.,M.Kep
NRP. 760017249



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. B DAN
Tn. D YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
TERAPI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**REGITA ANDES SETYORINI MS
NIM 152303101041**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. B DAN
Tn. D YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
TERAPI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh :

**Regita Andes Setyorini MS
NIM 152303101041**

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini di persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya (Bapak Khamim MS dan ibu Siti Saudah) yang telah memberi dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi sampai menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kakak saya satu-satunya Novi Dian Aries Sukma, kakak ipar saya Lionie Oky Paramitha dan keluarga besar tercinta yang telah memberi dukungan, baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi sampai menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Almamater dan civitas Fakultas D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

MOTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya”

(Q.S Al Baqarah ayat 286) *

“Dunia ini ibarat bayangan, kalau kau berusaha menangkapnya, ia akan lari. Tapi kalau kau membelakanginya, ia tak punya pilihan selain mengikutimu”

-Ibnu Qayyim Al Jauziyyah-

* Bachtiar Surin. 1978. Terjemah dan tafsir Al – Qur’an huruf arab dan latin. Fa. Sumatra : Bandung.

PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Regita Andes Setyorini MS

NIM : 152303101041

Menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. B dan Tn. D Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018 ”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

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

Lumajang, 06 Juli 2018

Yang menyatakan,



Regita Andes Setyorini MS
NIM 152303101041

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn. B DAN
Tn. D YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
TERAPI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh :

Regita Andes Setyorini MS
NIM 152303101041

Pembimbing:

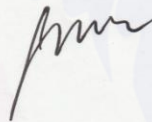
Dosen Pembimbing : R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ners., M.Kep

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan keperawatan keluarga pada Tn. B dan Tn. D yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan terapi di wilayah kerja puskesmas rogotruman lumajang tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 07 Agustus 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



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

Anggota I,



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

Anggota II,



R Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep
NRP 760017249

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



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

RINGKASAN

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. B dan Tn. D yang Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Terapi di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang tahun 2018”;
Regita Andes Setyorini MS; 152303101041; 2018: 96 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Hipertensi adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan melainkan hanya dapat dikontrol dengan beberapa terapi yakni meliputi terapi diet, terapi olahraga, dan mengonsumsi obat-obatan. Umumnya klien dengan hipertensi dirawat di rumah dengan rutin kontrol. Peran perawatan kesehatan keluarga sangat penting untuk mewujudkan kestabilan tekanan darah. Apabila peran dan dukungan keluarga tidak maksimal maka akan timbul masalah ketidakpatuhan klien dalam melaksanakan terapi, yang akan berakibat komplikasi pada penyakit hipertensi sehingga dapat menyebabkan kerusakan organ meliputi otak, meningkatkan risiko stroke, meningkatkan risiko gagal jantung dan serangan jantung, gagal ginjal juga kebutaan.

Tujuan penulisan tugas akhir ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pada Tn. B dan Tn. D yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan terapi. Metode yang digunakan adalah laporan kasus terhadap 2 keluarga dengan hipertensi yang memenuhi kriteria partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara pada keluarga untuk mendapatkan informasi yang terdapat pada pasien dan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Observasi dapat dilakukan dengan menggunakan penglihatan yaitu tentang bagaimana kondisi lingkungan, pengaturan tata ruang dan peran antar keluarga berkaitan dengan 5 tugas perkembangan keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan secara langsung dan menyeluruh untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis, serta studi dokumentasi mengenai data pemeriksaan penunjang dari hasil pemeriksaan tekanan darah klien dan riwayat sebelumnya.

Intervensi yang direncanakan pada masalah ketidakpatuhan disusun berdasarkan pada 9 aktivitas keperawatan dan 3 pendidikan kesehatan sebagai penyuluhan keluarga dan klien serta berdasarkan 5T+1W. Intervensi ini dilakukan dalam 2 minggu dengan frekuensi tindakan 3 kali kunjungan rumah.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada kunjungan ketiga semua indikator kriteria hasil tercapai, yaitu keluarga mampu melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga (menenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan), melaporkan penggunaan strategi untuk menghilangkan perilaku tidak sehat dan memaksimalkan kesehatannya, menjelaskan alasan penyimpangan, menimbang resiko atau keuntungan dari perilaku kesehatan, menggunakan layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, patuh pada pengobatan dan program penanganan.

Berdasarkan hasil tersebut, bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk memodifikasi atau menambahkan frekuensi dukungan pemberi asuhan, edukasi kesehatan dan juga memberikan informasi sebagai bentuk dukungan terhadap keluarga. Bagi Puskesmas diharapkan dapat memaksimalkan atau memonitoring penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan dengan sistem berkelanjutan, dan melakukan pendekatan kepada keluarga pasien sehingga keluarga lebih mudah untuk memberikan informasi mengenai penyakit pasien.



SUMMARY

"Family Nursing Care in Mr. B and Mr. D Who Experienced Hypertension with Nursing Problems Non-compliance with Therapy in the Rogotrunan Lumajang Puskesmas Work Area in 2018"; Regita Andes Setyorini MS; 152303101041; 2018: 96 page; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing, University of Jember.

Hypertension is a disease that would not be cured except to be controlled by specific therapies like diet therapy, sport therapy, and medicine consumption. Generally, the client with a case history of hypertension is in home nursing under routine control. The role of nursing on family's health is significant in order to achieve and realize stability of blood pressure. If the family's role and support is not maximal, there might be a problem of client's disobedience to do therapy, which then impacts to the complication on hypertension that could bring breakage on body organ such as brain, increase the risk of stroke emergence, increase the risk of heart failure and heart attack as well as kidney disease and blindness.

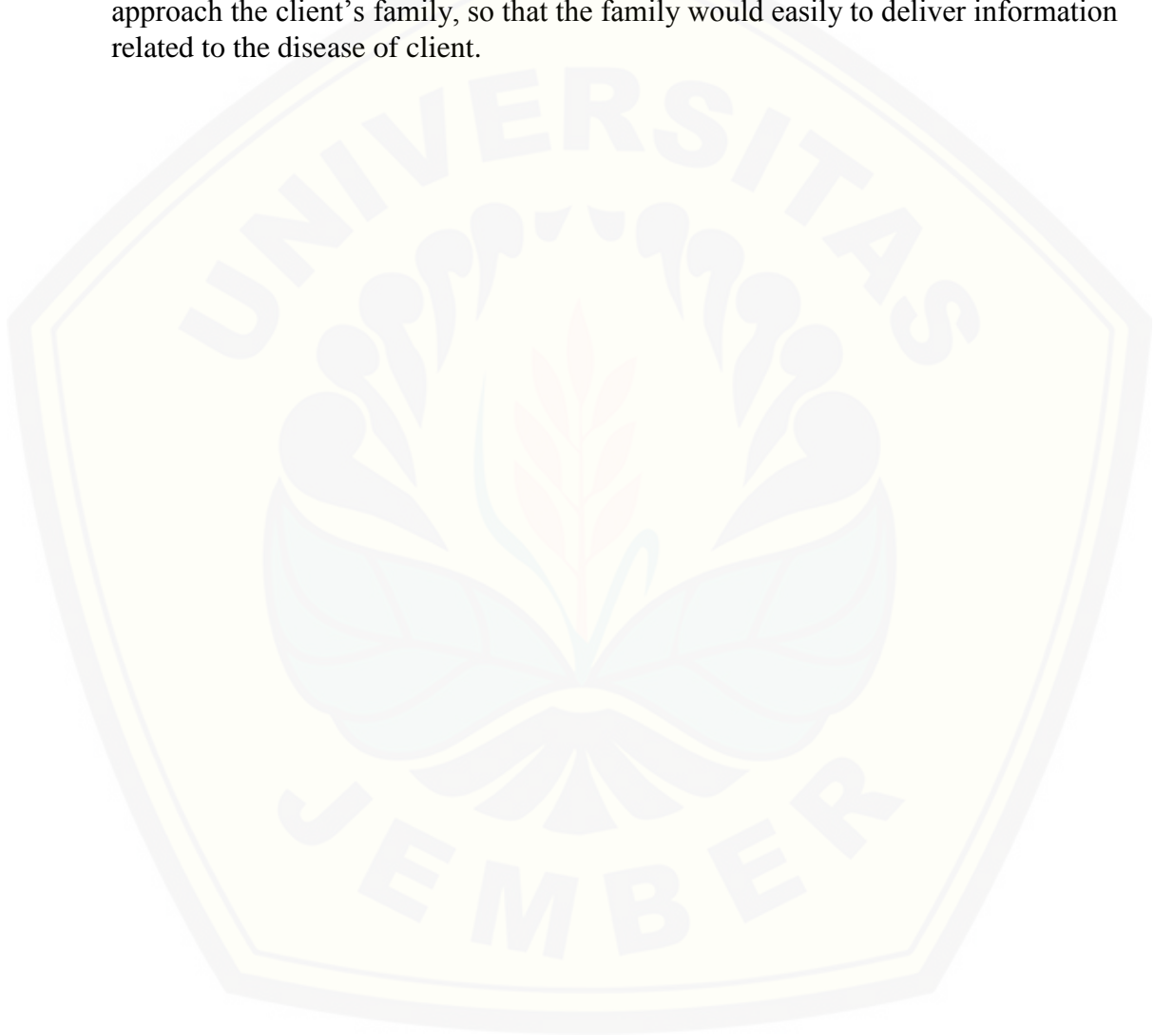
This research aims to explore the family nursing care on Mr. B and Mr. D who are suffering for hypertension under the nursing problem of therapy disobedience. This research exerts a method of case study on two families of hypertension client who are considered to match into criteria of this research participant. To collect the data, the researcher employs the technique of interview to the family in order to get sufficient information concerning to the client and to obtain the data about nursing problem of client. Besides, the researcher also performs observation to examine the condition of surrounding family and client, spatial arrangement and family's role related to five tasks of family's growth and health. Moreover, the physical check-up is directly and comprehensively executed to contribute the data investigation. Also, to support the research data, the researcher collects documentation data which is referred to the data of supporting medical check-up from the result of blood pressure test and previous health history of client.

Therefore, it needs to perform intervention on the client's problem of therapy disobedience which is based on nine nursing activities, three health science as first family and client counseling, and 5T+1W. This intervention is performed during two weeks by the frequency of three times treatment of home visit.

After nursing implementation on the third visit, all indicators of result criteria are successfully achieved, they are: the family is able to perform five tasks of family's health (to know, to decide, to take care, to modify, and to utilize health facilities), to report the strategy use to leave out unhealthy behavior and habit, to maximize the health of family, to explain reason of deviation act, to consider risk

or advantage beyond health behavior, to utilize health service based on need, to obey on medical treatment and nursing program.

According to those criteria of client's result, the researcher recommends to the next researchers to be able to modify or add frequency of nursing support, health education and counseling, information delivery concerning to the family's support on hypertension client. Further, the researcher also hopes to Puskesmas as a community health center to be able to maximize or monitor the client of hypertension to have medical visit under continuous system, to do counseling and approach the client's family, so that the family would easily to deliver information related to the disease of client.



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 Tn. B dan Tn. D yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan terapi 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. Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember dan pembimbing akademik.
4. R. Endro Sulistyono., S.Kep., Ners.,M.Kep selaku pembimbing tugas akhir.
5. Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM dan Ns. Indriana Noor I. S.Kep., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Teman-teman satu angkatan D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan semua pihak yang memberikan semangat dan dukungan.

Menyadari bahwa laporan tugas akhir penelitian ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya laporan tugas akhir ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 6 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pembimbingan	ii
Persembahan	v
Moto	vi
Pernyataan	vii
Halaman Pengesahan	ix
Ringkasan	xi
Summary	xii
Prakata	xiv
Daftar Isi	xv
Daftar Tabel	xvii
Daftar Gambar	xviii
Daftar Lampiran	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB 2 TINJAUAN KASUS	6
2.1 Konsep Dasar Hipertensi	6
2.1.1 Pengertian Hipertensi	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	10
2.1.6 Komplikasi	10
2.1.7 Penatalaksanaan	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi	12
2.2.1 Pengkajian	12
2.2.2 Diagnosis Keperawatan Keluarga	21
2.2.3 Intervensi Keperawatan	25
2.2.4 Implementasi Keperawatan	28
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	29
BAB 3 METODE PENELITIAN	31
3.1 Desain Penulisan	31
3.2 Batasan Istilah	31
3.3 Partisipan	32
3.4 Lokasi dan Waktu	32
3.5 Pengumpulan Data	32
3.6 Uji Keabsahan Data	33
3.7 Analisa Data	34
3.8 Etika Penulisan	34

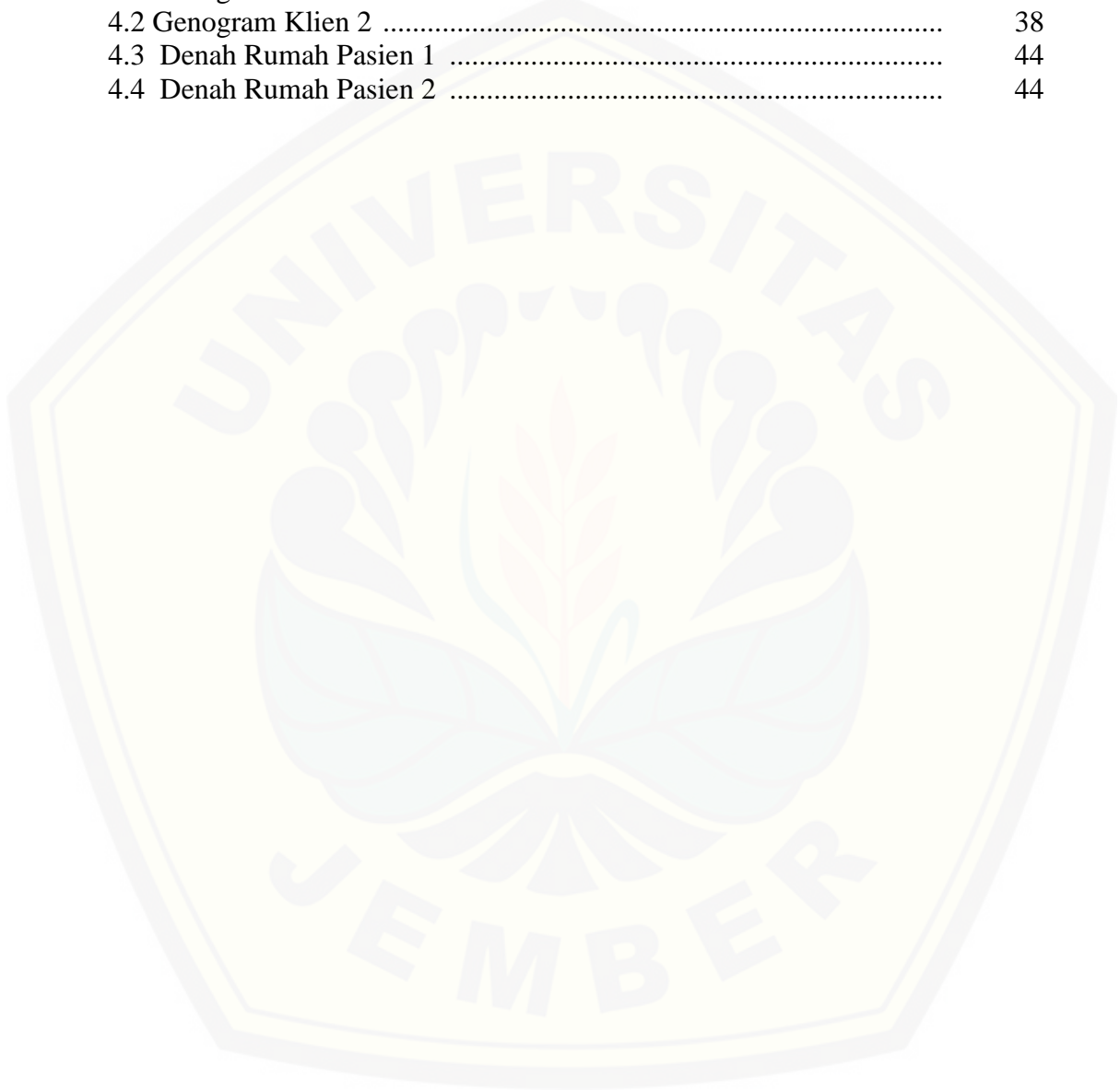
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	36
4.1.1 Pengkajian	36
4.1.2 Identitas Umum Keluarga	36
4.1.3 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	41
4.1.4 Pengkajian Lingkungan.....	43
4.1.5 Struktur Keluarga.....	45
4.1.6 Fungsi Keluarga	45
4.1.7 Stress Dan Koping Keluarga.....	48
4.1.8 Keadaan Gizi Keluarga Keluarga.....	49
4.1.9 Pemeriksaan Fisik	49
4.1.10 Format Pemeriksaan Fisik.....	50
4.1.11 Harapan Keluarga.....	52
4.1.12 Analisa Data Klien	52
4.2 Format Scoring / Prioritas	53
4.2.1 Diagnosa Keperawatan sesuai Prioritas	55
4.3 Intervensi	59
4.4 Implementasi dan Evaluasi	61
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1 Kesimpulan	73
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	73
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	73
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	73
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	74
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	74
5.2 Saran.....	74
5.2.1 Bagi Penulis	74
5.2.2 Bagi Puskesmas.....	74
5.2.3 Bagi institusi pendidikan.....	75
5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga.....	75
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	75
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

2.1Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC 6 & 7.....	7
2.2Klasifikasi Hipertensi Menurut ESH/ESC.....	7
2.3Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga	23
2.4Penjelasan Evaluasi Sumatif dan Formatif	
4.1 Identitas Kepala Keluarga	34
4.2 Komposisi Keluarga	35
4.3 Tipe Keluarga	37
4.4 Suku Bangsa	37
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan	38
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga	38
4.7 Aktivitas Rekreasi	39
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	39
4.9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Lain	40
4.10 Karakteristik Rumah	41
4.11 Struktur keluarga	43
4.12 Fungsi Keluarga	44
4.13 Stres dan koping keluarga	46
4.14 Keadaan gizi keluarga	47
4.15 Pemeriksaan Fisik keluarga	47
4.16 Format Pemeriksaan Fisik	48
4.17 Harapan Keluarga	50
4.18 Analisa Data klien 1	50
4.19 Scoring Klien 1	51
4.20 Analisa Data klien 2	52
4.21 Scoring Klien 2	53
4.22 Batasan Karakteristik	53
4.23 Intervensi Keperawatan	57
4.24 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Klien 1	59
4.25 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Klien 2	62
4.26 Evaluasi Sumatif Klien 1	66
4.27 Evaluasi Sumatif Klien 2	68

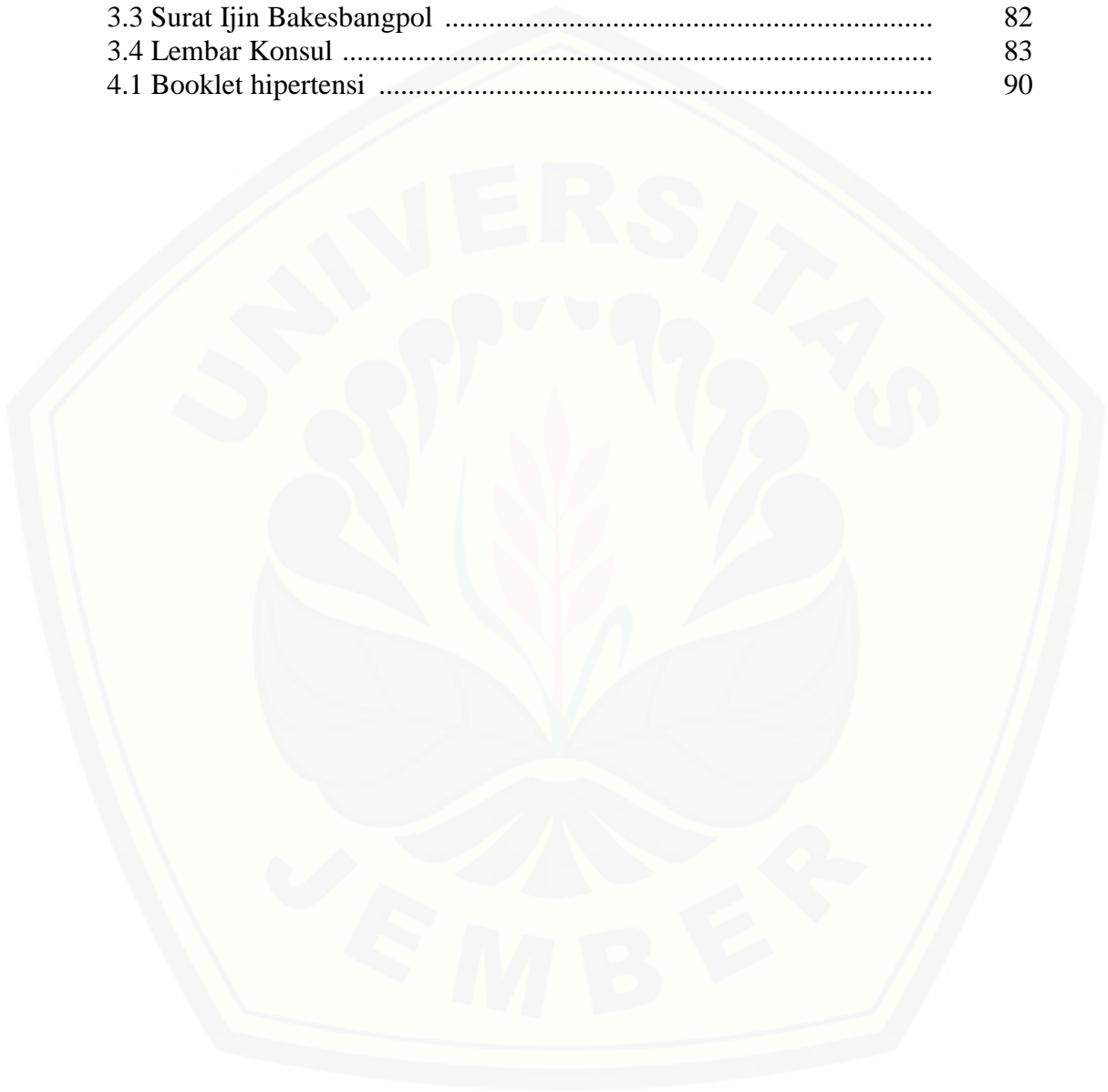
DAFTAR GAMBAR

4.1 Genogram Klien 1	38
4.2 Genogram Klien 2	38
4.3 Denah Rumah Pasien 1	44
4.4 Denah Rumah Pasien 2	44



DAFTAR LAMPIRAN

3.1 Informed consent	79
3.2 Jadwal Penyelenggaran KTI.	81
3.3 Surat Ijin Bakesbangpol	82
3.4 Lembar Konsul	83
4.1 Booklet hipertensi	90



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) dan The International Society of Hypertension (ISH) menetapkan bahwa hipertensi merupakan kondisi ketika tekanan darah (TD) sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih besar dari 90 mmHg. Nilai ini merupakan hasil rerata minimal dua kali pengukuran setelah melakukan dua kali atau lebih kontak dengan petugas (Yasmara, 2016). Hipertensi sering tidak menimbulkan gejala sehingga disebut sebagai *silent killer*, sementara tekanan darah yang terus menerus tinggi dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan komplikasi. Oleh karena itu, hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala (kontrol tekanan darah) (Depkes RI, 2012).

Seseorang yang didiagnosis hipertensi ini tidak bisa disembuhkan melainkan hanya dapat dikontrol dengan beberapa terapi yakni meliputi terapi diet, terapi olahraga, dan mengkonsumsi obat-obatan. Umumnya klien dengan hipertensi dirawat di rumah dengan rutin control. Peran perawatan kesehatan keluarga sangat penting untuk mewujudkan kestabilan tekanan darah. Apabila peran dan dukungan keluarga tidak maksimal maka akan berdampak pada ketidakpatuhan klien dalam melaksanakan terapi. Dampak yang timbul adalah rebound fenomena (obat menjadi tidak berpengaruh lagi) (Purnomo dalam Novian, 2013).

Kepatuhan menggambarkan sejauh mana perilaku pasien untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan pasien berpengaruh dalam keberhasilan pengobatan. WHO tahun 2010 menyatakan bahwa kepatuhan yang rendah merupakan faktor penghambat kontrol yang baik. Marshall tahun 2012 melaporkan bahwa di perkiraan angka ketidakpatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatan mencapai 30-50%. Luscher dan tim kerjanya melaporkan bahwa 80% kepatuhan terhadap regimen obat antihipertensi dapat menurunkan tekanan darah ke tingkat normal dan kepatuhan $\leq 50\%$ tidak efektif dan adekuat untuk menurunkan tekanan darah (Hairunisa, 2014)

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2012 Hipertensi memberikan kontribusi untuk hampir 9,4 juta kematian akibat penyakit kardiovaskuler setiap tahun. Hal ini juga meningkatkan risiko penyakit jantung koroner sebesar 12% dan meningkatkan risiko stroke sebesar 24% (WHO, 2012).

Data Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010 dari WHO, menyebutkan 40% negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi, sedangkan negara maju hanya 35%. Kawasan Asia Tenggara, terdapat 36% orang dewasa yang menderita hipertensi dan telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat tajam, diprediksikan pada tahun 2025 sekitar 29% atau sekitar 1,6 miliar orang dewasa di seluruh dunia menderita hipertensi (Depkes RI 2013:1).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013 prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8%, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan. Hipertensi juga merupakan penyebab kematian ke-3 di Indonesia pada semua umur dengan proporsi kematian 6,8% (Riskesdas, 2013).

Di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman selama tahun 2015 didapatkan data jumlah orang yang sakit mencapai 20,7% dari jumlah penduduk sebesar 81.626 orang. Yang terdiri dari laki-laki 39.680 orang dan perempuan 41.946 orang. Penderita hipertensi sendiri mencapai 14,7% atau setara dengan 2.483 orang. Berdasarkan data rekam medik Puskesmas Rogotruman, ditemukan jumlah kunjungan pasien hipertensi di poli pada tahun 2017 adalah 624 pasien. (Data register poli umum Puskesmas Rogotruman, 2017).

Problem ketidakpatuhan umum dijumpai dalam pengobatan penyakit kronis yang memerlukan pengobatan jangka panjang seperti hipertensi. Obat-obat antihipertensi yang ada saat ini telah terbukti dapat mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi, dan juga sangat berperan dalam menurunkan risiko berkembangnya komplikasi kardiovaskular. Namun demikian, penggunaan antihipertensi saja terbukti tidak cukup untuk menghasilkan efek pengontrolan

tekanan darah jangka panjang apabila tidak didukung dengan kepatuhan dalam menggunakan antihipertensi tersebut (Saepuddin dkk dalam Puspita, 2016).

Ketika seseorang didiagnosa menderita hipertensi maka ia harus menjalani pengobatan. Pengobatan hipertensi dapat dilakukan secara farmakologi dan non-farmakologi. Tujuan terapi hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengontrol dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar kondisi penderita membaik dari sebelumnya. Terapi secara non-farmakologi diantaranya menurunkan berat badan, diet rendah garam, diet rendah lemak, olahraga, cukup waktu tidur dan istirahat, mengurangi minum kopi, mengurangi minum alkohol. Sedangkan secara farmakologi yaitu dengan patuh minum obat antihipertensi secara teratur setiap hari. Keharusan inilah yang menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan, keadaan pasien yang merasa bosan karena harus minum obat setiap hari. Hasil beberapa survei menyebutkan bahwa pasien minum obat antihipertensi hanya pada saat gejala hipertensi kambuh.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam proses kesembuhan. Agar proses kesembuhan pasien terwujud, kerjasama antara pasien dan keluarganya dengan penyedia layanan kesehatan, khususnya dokter harus terjalin dengan baik. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Husna (2013) menyebutkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pada pasien hipertensi dengan korelasi sangat kuat dan mempunyai arah positif (+) serta dukungan keluarga berkontribusi sebesar 61,8% terhadap kepatuhan pada pasien hipertensi. Sebuah penelitian lain yang dilakukan oleh Hengkelare (2012) menyebutkan bahwa ada hubungan antara peran keluarga sebagai pengawas minum obat dengan kepatuhan berobat hipertensi dan disimpulkan bahwa peran keluarga pada kategori cukup sebanyak 36 (80%) responden. Keluarga yang merupakan orang terdekat penderita dapat berperan aktif dalam tercapainya tingkat kepatuhan dan keberhasilan pengobatan.

Berdasarkan data diatas bahwa pasien hipertensi yang tidak minum obat sesuai anjuran tenaga kesehatan memerlukan adanya upaya untuk meningkatkan kepatuhan minum obat. Petugas kesehatan dapat bekerjasama dengan keluarga untuk mendampingi ketika penderita minum obat. Keluarga yang ditunjuk sebagai pengawas minum obat mempunyai peranan, peran keluarga dapat ditunjukkan

dengan memantau benar obat, memantau benar dosis obat, memantau benar jadwal minum obat dan memantau benar cara pemberian. Dengan adanya kerja sama yang baik antara perawat, keluarga dan terutama penderita untuk melakukan program asuhan keperawatan yang telah direncanakan, maka morbiditas dan mortalitas akibat hipertensi dapat dicegah. Dengan demikian, kualitas hidup penderita hipertensi dapat meningkat (Puspita, 2016). Selain hal-hal di atas, intervensi yang bisa dilakukan perawat untuk meningkatkan kepatuhan klien yaitu dukungan pemberi asuhan, edukasi kesehatan, panduan sistem kesehatan, fasilitasi pembelajaran, penetapan tujuan bersama, kontrak pasien, bantuan modifikasi diri, fasilitasi tanggung jawab diri, dan penyuluhan (Wilkinson, 2011). Keluarga sebagai salah satu komponen pemberi asuhan perlu memberikan support sehingga klien dapat mengontrol kondisi kesehatannya. Support ini berupa pelaksanaan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan yang meliputi lima tugas kesehatan keluarga (mengetahui, memutuskan, merawat, memodifikasi, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan). Dukungan keluarga yang berperan dalam manajemen penyakit hipertensi dapat berupa kepatuhan minum obat, harmonisasi keluarga, keseimbangan finansial, *controlling* kesehatan, *wellbeing*, makanan harian, aktivitas fisik dan manajemen stres. Keluarga yang peduli akan anggota keluarganya yang menderita hipertensi, maka ia akan memperhatikan pemberian makan, mengajak olahraga bersama, menemani dan mengingatkan untuk rutin dalam memeriksakan tekanan darah. Dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga menunjukkan perhatian dan kepedulian keluarga sehingga pasien hipertensi akan termotivasi untuk menjalani pengobatan dengan baik dan benar (Lubis, 2013).

Dari latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. B dan Tn. D Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakepatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2018 ”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. B dan Tn. D Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun 2018 ?

1.3 Tujuan Penulisan

Memberikan asuhan keperawatan keluarga pada Tn. B dan Tn. D yang mengalami hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Terapi di wilayah kerja puskesmas Rogotrungan pada tahun 2018.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

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

1.4.2 Bagi Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai referensi atau acuan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan pasien hipertensi.

1.4.3 Bagi Instansi Pendidikan

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

1.4.4 Bagi Keluarga

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

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai konsep dasar hipertensi, konsep keluarga serta asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan hipertensi.

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

Dalam konsep penyakit ini, menguraikan konsep penyakit hipertensi yang meliputi pengertian, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, dan komplikasi (Black, 2014).

2.1.1 Pengertian Hipertensi

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

2.1.2 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan.

a. 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.

- 1) Genetik: Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.
- 2) Jenis kelamin dan usia: laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita yang menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi.
- 3) Diet: konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

- 4) Berat badan: obesitas (>25% di atas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
- 5) Gaya hidup: merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup menetap.

b. 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, coartation aorta, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatris), kehamilan, peningkatan volume intravascular, luka bakar, dan stress. (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-6 dan JNC-7 (mmHg)

Kategori JNC-6	Tekanan Darah Sistolik (TDS)/ Tekanan Darah Diastolik (TDD)	Kategori JNC-7
Optimal	Sistolik : <120 Diastolik: 80	Normal
Normal	Sistolik: 120-129 diastolik : 80-84	Prehipertensi
Borderline	Sistolik: 130-139 diastolik :85-89	Prehipertensi
Hipertensi Stadium 1	Sistolik: \geq diastolik: 140/90	Hipertensi Stadium 1
Hipertensi Stadium 2	Sistolik: 140-159 diastolik: 90-99	Hipertensi Stadium 2
Hipertensi Stadium 3	Sistolik: 160-179 diastolik: 100-109	Hipertensi Stadium 3
	Sistolik: \geq 180 diastolik: 110	

(Askandar, 2015).

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi menurut *ESH/ESC guideline*

Kategori	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi grade 1	140-159	90-99
Hipertensi grade 2	160-179	100-109
Hipertensi grade 3	\geq 180	\geq 110
Hipertensi sistolik terisolasi	\geq 140	< 90

2.1.3 Patofisiologi

Baik tekanan darah sistolik (TDS) maupun tekanan darah diastolik (TDD) meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Tekanan darah sistolik meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan tekanan darah diastolik (TDD) meningkat sampai umur 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini sangat mungkin mencerminkan adanya pengakuan pembuluh darah dan penurunan kelenturan (compliance) arteri dan ini mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai dengan umur. Seperti diketahui, tekanan nadi merupakan prediktor terbaik dari adanya perubahan struktural di dalam arteri. Mekanisme pasti hipertensi pada lanjut usia belum sepenuhnya jelas. Efek utama dari ketuaan normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan compliance aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan TDS.

Mekanisme terjadinya hipertensi sebenarnya terlihat dengan timbulnya gejala-gejala hipertensi antara lain pusing, muka merah, sakit kepala, epistaksis secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal, dan lain-lain. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi adalah kerusakan ginjal, pendarahan pada selaput bening (retina mata), pecahnya pembuluh darah di otak, serta kelumpuhan. Hipertensi disebabkan peningkatan tonus otot polos vaskular perifer yang menyebabkan peningkatan resistensi arteriola dan menurunnya kapasitas sistem pembuluh vena. Hipertensi tanpa gejala, hipertensi kronik-sistolik/diastolik dapat menyebabkan gagal jantung kongestif, infark jantung, kerusakan ginjal dan cedera serebrovaskular. Jika hipertensi terdiagnosis lebih awal dan diobati dengan baik maka insiden morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) segera menurun.

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I-converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat, yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah. Profil hemodinamik subyek obesitas ditandai dengan peningkatan volume intravaskuler, peningkatan curah jantung dengan resistensi perifer yang relatif normal. Penderita hipertensi non obesitas perubahan hemodinamik yang terjadi adalah peningkatan resistensi perifer, volume intravaskuler yang menurun dengan curah jantung yang meningkat pada awal hipertensi yang selanjutnya kembali ke normal atau menurun pada hipertensi yang sudah berlangsung lama. Pada subyek obesitas dengan hipertensi, profil hemodinamiknya yaitu kombinasi kedua karakteristik di atas berupa:

peningkatan curah jantung, peningkatan volume intravaskuler dan peningkatan resistensi perifer (Made Astawan, 2010).

2.1.4 Manifestasi Klinis (Sudoyo, 2009)

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

- 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun

2.1.5 Pemeriksaan diagnostik/penunjang (Aspiani, 2014)

a. Pemeriksaan laboratorium

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

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

b. EKG

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

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koartrasi aorta
- 2) Pembendungan, lebarnya paru
- 3) Hipertrofi parenkim ginjal
- 4) Hipertrofi vaskular ginjal

2.1.6 Komplikasi (Askandar, 2015)

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kerusakan organ-organ target yang umum dijumpai pada pasien hipertensi adalah:

a. Jantung

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri
- 2) Angina atau infark miokard
- 3) Gagal jantung

b. Otak

- 1) Stroke atau *transient ischemic attack*
- 2) Penyakit ginjal kronis
- 3) Penyakit arteri perifer
- 4) Retinopati

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Non Farmakologis

- 1) Modifikasi gaya hidup, seperti pengontrolan berat badan, pembatasan konsumsi alkohol, latihan fisik yang teratur, dan berhenti merokok.
- 2) Untuk pasien yang mengalami hipertensi sekunder, perbaikan penyebab yang mendasari dan pengendalian efek hipertensi.
- 3) Diet rendah lemak jenuh dan rendah natrium.

4) Diet kalsium, magnesium, dan kalium yang adekuat

b. Farmakologis

- 1) Diuretik, seperti furosemid 0.5-4 mg/hari, frekuensi pemberian pagi hari dan sore untuk mencegah diuresis malam hari; dosis lebih tinggi mungkin diperlukan untuk pasien dengan GFR sangat rendah atau gagal ginjal.
- 2) Penghambat beta-adrenergik, seperti atenolol 25-100 mg/hari, frekuensi pemberian 1, dan metoprolol 50-200 mg/hari, frekuensi pemberian 1. Pemberhentian tiba-tiba dapat menyebabkan rebound hypertension; dosis rendah s/d reseptor β_1 , pada dosis tinggi menstimulasi reseptor β_2 ; dapat menyebabkan eksaserbasi asma bila selektifitas hilang.
- 3) Penghambat saluran kalsium, seperti nisoldipin 10-40 mg/hari, frekuensi pemberian 1.
- 4) Inhibitor ACE, seperti benazepril 10-40 mg/hari, frekuensi pemberian 1 atau 2. Dosis awal harus dikurang 50% pada pasien yang sudah dapat diuretik, yang kekurangan cairan, atau sudah tua sekali karena resiko hipotensi; dapat menyebabkan hiperkalemia pada pasien dengan penyakit yang juga mendapat diuretik penahan kalium.
- 5) Penghambat alfa, seperti doksazosin 1-8 mg/hari, frekuensi pemberian 1 dan prazosin 2-20, frekuensi pemberian 2 atau 3. Dosis pertama harus diberikan malam sebelum tidur; beritahu pasien untuk berdiri perlahan-lahan dari posisi duduk atau berbaring untuk meminimalkan resiko hipotensi ortostatik; keuntungan tambahan untuk laki-laki dengan BPH (Benign Prostatic Hyperplasia).
- 6) Vasodilator, seperti hidralazin 20-100 mg/hari, frekuensi pemberian 2 atau 4 dan minoksidil 10-40 mg/hari, frekuensi pemberian 1 atau 2. Gunakan dengan diuretik dan penyekat beta untuk mengurangi retensi cairan dan refleks takikardi.
- 7) Penghambat reseptor angiotensin, seperti olmesartan, kandesartan, dan irbesartan.
- 8) Antagonis aldosteron, seperti eplerenon 50-100 mg/hari, frekuensi pemberian 1 atau 2. Pemberian pagi dan sore untuk mencegah diuresis malam hari.
- 9) Kombinasi penghambat alfa dan beta, seperti karvedilol dan labetalol.

- 10) Antagonis reseptor alfa, seperti klonidin. (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, 2008 dalam Widiarti, 2011)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Hipertensi

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas Kepala Keluarga

Nama Kepala Keluarga (KK)

b. Komposisi Keluarga

1) Umur

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

2) Jenis kelamin

Pada umumnya wanita akan mempunyai risiko tinggi terhadap hipertensi apabila telah memasuki masa menopause (Benson, 2012).

3) Pekerjaan

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

4) Status sosial ekonomi keluarga

Tingkat nutrisi dalam suatu rumah tangga dipengaruhi dari status sosial ekonominya, status sosial ekonomi seseorang semakin rendah maka semakin tinggi juga tingkat ketidakpatuhannya atau sebaliknya (Nurhidayati & Parmono, 2017).

5) Jumlah anggota keluarga

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

6) Pendidikan

Hubungan ini tidak semata-mata diakibatkan perbedaan tingkat pendidikan, tetapi tingkat pendidikan berpengaruh terhadap gaya hidup sehat dengan tidak merokok, tidak minum alkohol, dan lebih sering berolahraga.

Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi (penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat. (Anggara, 2012)

c. Genogram

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

d. Tipe Keluarga

Keluarga memiliki peran yang lebih kuat dibanding tenaga medis karena hubungan kekerabatannya. Tenaga medis mempunyai banyak keterbatasan. Secara etika profesi tenaga medis tidak memungkinkan untuk ikut terlibat jauh dalam urusan pribadi pasien kecuali yang berkaitan dengan penyakitnya. Dari sinilah yang membuat dukungan sosial dan partisipasi aktif dari keluarga sangatlah penting untuk membantu meningkatkan kualitas hidup pasien (Martono, 2011)

e. Suku Bangsa

Kasus tersering dari penyakit hipertensi ini adalah terjadi pada suku Madura, dimana orang yang bersuku Madura tersebut lebih dominan mengalami hipertensi karena kebanyakan pola makanya itu asin-asin di bandingkan dengan suku Jawa yang lebih suka manis-manis (Ivani, 2016).

f. Agama

Agama dapat membawa efek tenang, efek tenang yang ada pada agama sering dilakukan lewat doa, ritual, meditasi bentuk lain dari relaksasi tubuh. Sehingga, dengan ajaran keyakinan yang dimiliki dapat mengurangi depresi dan stress pada fisik (Notoatmodjo, 2007)

g. Aktivitas rekreasi

Aktivitas rekreasi seseorang dapat mempengaruhi stress yang dirasakan, karena stress dapat memicu pelepasan hormon yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan penurunan diameter pembuluh darah. Di

mana keduanya bisa menyebabkan peningkatan tekanan darah (Prasetyorini & Prawesti, 2012)

h. Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan duvall, ditentukan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan. Hipertensi umumnya terjadi pada umur 40 tahun keatas pada tahap lima sampai delapan.

a) Tahap lima: keluarga dengan anak remaja

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuannya adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orangtua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas tersendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya. Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orangtua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orangtua dan remaja tetap harmonis.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

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

Fungsi perawat :

Mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orangtua dengan anak remajanya.

- b) Tahap 6 : keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami-istri seperti pada fase awal. Orangtua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orangtua perlu melakukan aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1)Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- (2)Mempertahankan keintiman pasangan.
- (3)Membantu orangtua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- (4)Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- (5)Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- (6)Berperan suami-istri kakek dan nenek.
- (7)Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

Fungsi perawat :

Memberi konsultasi penyakit-penyakit yang dapat timbul, misal penyakit kronis atau faktor-faktor predisposisi misalnya kolesterol

tinggi, obesitas, problem menopause, juga peningkatan kesehatan serta pola hidup sehat perlu diperhatikan.

c) Tahap 7 : keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan pada fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia. Perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orangtua. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi atau anak cucu, sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian pasangan masing-masing pasangan.

Tugas perkembangan keluarga :

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

Fungsi perawat :

Melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti : kebutuhan istirahat yang cukup, aktivitas ringan sesuai kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan sesuai dan lain sebagainya.

d) Tahap 8 : keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Hasil riset Day and Day, 1933 wanita yang tinggal dengan pasangan-pasangannya memperlihatkan adaptasi lebih positif dalam memasuki masa tuanya dibandingkan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya. Orangtua juga perlu melakukan “file review” dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu agar orangtua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

Tugas perkembangan keluarga :

- (1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- (2) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- (3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- (4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- (5) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.

Fungsi perawat :

Melakukan perawatan pada orangtua terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi. Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti : Nutrisi, aktivitas, istirahat, pemeriksaan mata, gigi dan pencegahan kecelakaan di rumah. (Gusti ADP, 2013)

- 2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Bagian ini menjelaskan tentang tugas keluarga yang belum terpenuhi dan kendala yang dihadapi oleh keluarga. Juga dilakukan pengidentifikasian mengapa tugas keluarga belum terpenuhi dan upaya yang telah dilakukannya.

i. Riwayat kesehatan keluarga inti

Menjelaskan riwayat kesehatan inti, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap upaya pencegahan penyakit, upaya dan pengalaman keluarga terhadap pelayanan kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan kesehatan.

j. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)

Yang menjelaskan riwayat kesehatan generasi diatas orang tentang riwayat penyakit keturunan, upaya generasi tersebut tentang upaya penanggulangan penyakit, upaya kesehatan yang dipertahankan sampai saat ini. (Suprajitno, 2004).

k. Keadaan Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Cara memodifikasi lingkungan fisik yang baik seperti lantai rumah, penerangan dan ventilasi yang baik dapat mengurangi factor penyebab terjadinya cedera pada penderita hipertensi.

2) Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Menjelaskan tentang karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yaitu tempat keluarga bertempat tinggal, meliputi kebiasaan, seperti lingkungan fisik, nilai atau norma serta aturan/kesepakatan penduduk setempat, dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Menggambarkan mobilitas keluarga dan anggota keluarga. Mungkin keluarga sering berpindah tempat atau anggota keluarga yang tinggal jauh dan sering berkunjung pada keluarga yang dibina.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya.

5) Sistem pendukung keluarga.

Yaitu jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas keluarga yang menunjang kesehatan (askes, jamsostek, kartu sehat, asuransi, atau yang lain). Fasilitas fisik yang dimiliki anggota keluarga (peralatan kesehatan), dukungan psikologis anggota keluarga atau masyarakat, dan fasilitas sosial yang ada disekitar keluarga yang dapat digunakan untuk meningkatkan upaya kesehatan.

1. Struktur Keluarga

1) Struktur peran

Menyatakan peran atau status seseorang dalam keluarga dan masyarakat mempengaruhi gaya hidup, peran dalam keluarga terbagi dalam peran sebagai suami ayah istri ibu anak kakak adik cucu dan lain-lain..

2) Nilai atau norma keluarga

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

3) Pola komunikasi keluarga.

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

4) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku di dalam keluarga.

m. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afeksi

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan anggota keluarga, hubungan psikologis dalam keluarga, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai

2) Fungsi sosialisasi

Keluarga memberikan kebebasan bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi dalam bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Bila keluarga tidak

memberikan kebebasan pada salah satu keluarganya yang menderita hipertensi, maka keadaan ini mengancam status emosi menjadi labil dan mudah stress.

3) Fungsi pemenuhan (perawatan / pemeliharaan) kesehatan

Tujuan pengkajian yang berkaitan dengan tugas keluarga dibidang kesehatan :

a) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan. Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui factor dari masalah kesehatan, meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab, dan factor yang memengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan terutama yang dialami oleh anggota keluarga.

b) Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.

c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

d) Untuk mengetahui kemampuan keluarga memelihara memodifikasi lingkungan rumah yang sehat.

e) Untuk mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat.

4) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

5) Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan dan papan serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga. Juga diuraikan kemampuan keluarga dalam pemanfaatan sumber daya yang ada dimasyarakat sekitar untuk meningkatkan status kesehatan.

n. Stress Dan Koping Keluarga

Stressor jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian lebih kurang 6 bulan. Stressor jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian

lebih dari 6 bulan. Kemampuan keluarga berespons terhadap stressor menjelaskan bagaimana keluarga berspon terhadap stressor yang ada. Strategi koping yang digunakan menjelaskan tentang strategi koping (mekanisme pembelaan) terhadap stressor yang ada. Disfungsi strategi adaptasi menjelaskan tentang perilaku keluarga yang tidak adaptif ketika mempunyai masalah (Suprajitno, 2004).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan Keluarga

a. Tipologi Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga yang muncul dapat bersifat aktual, risiko dan sejahtera dengan penjabaran sebagai berikut:

1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan seperti : Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

2) Resiko (Ancaman Kesehatan)

Sudah ada data yang menunjang tapi belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat seperti : Resiko terjadi konflik pada keluarga berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah komunikasi.

3) *Wellness* (Keadaan sejahtera)

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

b. Komponen Diagnosis Keperawatan Keluarga

1) Problem

Konsep Taksonomi Diagnosa Keperawatan Ketidapatuhan Terapi

Taksonomi NANDA-I, Diagnosa Ketidapatuhan

Domain 1 : Promosi Kesehatan

Kelas 2 : Manajemen Kesehatan

Kode Diagnosa : 00079

Definisi

Ketidakpatuhan adalah perilaku individu atau pemberi asuhan yang gagal untuk menepati rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang telah disepakati oleh individu (atau keluarga, atau komunitas) dan tenaga kesehatan professional. Dengan adanya rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang disepakati, perilaku individu atau pemberi asuhan sepenuhnya atau sebagian tidak patuh dan dapat mengakibatkan hasil yang secara klinis tidak efektif atau hasil yang sebagian tidak efektif (Wilkinson, 2015).

2) Etiologi

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

3) Sign/Symptom

Batasan Karakteristik

- 1) Perilaku yang menunjukkan kegagalan untuk memenuhi (dengan observasi langsung atau melalui pernyataan pasien atau orang terdekat).
- 2) Menunjukkan perkembangan komplikasi.
- 3) Menunjukkan perburukan gejala.
- 4) Tidak kembali memeriksakan diri sesuai janji.
- 5) Gagal menunjukkan kemajuan.
- 6) Tes objektif (misal, pengukuran fisiologis, deteksi tanda-tanda fisiologis)

c. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Tabel 2.3 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga :

No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1	Sifat masalah a) Aktual (Tidak/kurang sehat) b) Ancaman kesehatan c) Keadaan sejahtera	3 2 1	1		
2	Kemungkinan masalah dapat diubah a) Mudah b) Sebagian c) Tidak dapat	2 1 0	2		
3	Potensi masalah untuk dicegah a) Tinggi b) Sedang c) Rendah	3 2 1	1		
4	Menonjolnya masalah a) Masalah berat, harus segera ditangani b) Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani c) Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1		

Skoring :

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

Catatan : Skor dihitung bersama dengan keluarga

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

(1) Kriteria 1

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

(2) Kriteria 2

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

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

(d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat

(3) Kriteria 3

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

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

(4) Kriteria 4

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

a. Penetapan tujuan (Gusti ADP, 2013)

1) Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemandirian klien (mengatasi problem NANDA). Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran asuhan keperawatan keluarga.

Dalam masalah ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali tatap muka diharapkan klien menjadi patuh dalam melakukan terapi hipertensi.

NOC :

Ketidakpatuhan akan menurun, yang dibuktikan oleh:

- a) Perilaku Ketaatan
- b) Performa Pemberi Asuhan : Perawatan Langsung
- c) Performa Pemberi Asuhan : Perawatan Tidak Langsung
- d) Perilaku Kepatuhan
- e) Motivasi
- f) Perilaku Terapi: Penyakit atau Cedera.

2) Tujuan jangka pendek

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

- a) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarga yang sakit.
- b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c) Merawat anggota keluarga yang sakit
- d) Memelihara lingkungan yang sehat
- e) Memanfaatkan fasilitas kesehatan

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

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

b. Penetapan Kriteria dan Standart

1) Kriteria

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

2) Standart

Merupakan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan sebenarnya yang berfokus pada keluarga, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan diukur, realistik, dan ditentukan oleh perawat serta keluarga. Hal ini mengacu pada kemandirian keluarga dalam melakukan lima fungsi perawatan kesehatan keluarga yang terdiri dari, mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan yang sehat, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

3) Intervensi

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

1) Aktivitas Keperawatan

- a) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan keluhan tentang hospitalisasi serta hubungan dengan pemberi layanan kesehatan.
- b) Berikan dukungan emosi kepada anggota keluarga untuk membantu mereka mempertahankan hubungan positif dengan pasien.
- c) Berikan penguatan positif terhadap kepatuhan untuk mendukung perilaku positif yang terus-menerus.
- d) Buat kontrak tertulis dengan pasien, dan evaluasi perilaku patuh secara berkelanjutan.
- e) Dukung klien untuk mengkaji keyakinan dan nilai positif serta kepuasan terhadap hal tersebut.
- f) Gali bersama klien kemungkinan kendala untuk mengubah perilaku
- g) Identifikasi bersama klien strategi yang paling efektif untuk mengubah perilaku.
- h) Bantu pasien dalam merumuskan rencana yang sistematis untuk mengubah perilaku (termasuk penguatan penghargaan intrinsik maupun ekstrinsik)
- i) Bantu pasien dalam mengidentifikasi keberhasilan sekecil apapun.

2) Penyuluhan untuk pasien atau keluarga

- a) Bantu klien atau keluarga memahami kebutuhan untuk mematuhi program terapi dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan.

- b) Informasikan kepada klien sumber-sumber komunitas yang sesuai dan orang yang dapat dihubungi.
- c) Berikan instruksi tertulis tentang manfaat dan lokasi aktivitas pelayanan kesehatan, jika perlu.
- 3) Aktivitas Kolaboratif
 - a) Konsultasikan dengan dokter tentang kemungkinan perubahan program pengobatan untuk mendukung kepatuhan pasien.
 - b) Koordinasikan rujukan kepada penyedia layanan kesehatan yang relevan, jika perlu.
 - c) Identifikasi dan fasilitasi komunikasi di antara penyedia layanan kesehatan dan pasien dan keluarga, jika perlu.
 - d) Koordinasikan dan jadwalkan waktu yang diperlukan oleh masing-masing pelayanan untuk memberikan perawatan, jika perlu.
 - e) Lakukan kontak tindak lanjut dengan pasien, jika perlu.
 - f) Bantu individu melengkapi formulir untuk mendapatkan bantuan, seperti pemondokan dan bantuan keuangan, jika perlu.
- 4) Intervensi NIC
 - a) Dukungan Pemberi Asuhan
 - b) Edukasi Kesehatan,
 - c) Panduan Sistem Kesehatan,
 - d) Fasilitasi Pembelajaran
 - e) Penetapan Tujuan Bersama
 - f) Kontrak Pasien,
 - g) Bantuan Modifikasi Diri,
 - h) Fasilitasi Tanggung Jawab Diri
 - i) Penyuluhan: Proses Penyakit
 - j) Penyuluhan: Individual.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat

menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memungkinkan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2007).

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

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati bersama. Menurut (Faisalado, 2014), evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berorientasi pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.

b. Evaluasi akhir (sumatif)

Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin dicapai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

Tabel 2.4 *Penjelasan Evaluasi Sumatif dan Formatif*

E V A L U A S I U R A F S O M I A F T I F	S	Data Subjektif	Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.
	O	Data Objektif	Perkembangan yang dapat diamati dan diukur oleh perawat atau petugas kesehatan lain.
	A	Analisis	Penilaian dari kedua jenis data (DS maupun DO), apakah kearah perbaikan atau kemunduran.
	P	Perencanaan	Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis yang berisi lanjutan perencanaan sebelumnya jika masih ada keadaan atau masalah yang belum teratasi.
	I	Implementasi	Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.
E	Evaluasi	Penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah klien teratasi.	

		R	Reassessment	Jika hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, maka pengkajian ulang perlu dilakukan melalui proses pengumpulan DS dan DO serta proses analisisnya.
--	--	----------	--------------	--



BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus terhadap masalah keperawatan ketidakpatuhan dalam proses pengobatan pada pasien hipertensi.

3.1 Desain Penulisan

Desain penelitian yang digunakan adalah laporan kasus. Laporan kasus dalam laporan tugas akhir ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan terapi di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga yang didiagnosa hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan dalam rekam medis Puskesmas Rogotrunan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang tahun 2018.

Adapun istilah – istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan keluarga, hipertensi, dan ketidakpatuhan.

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses tindakan keperawatan yang dilakukan di dalam lingkungan keluarga dengan menggunakan pendekatan kepada anggota keluarga klien.

3.2.2 Hipertensi adalah suatu keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik dan diastolik secara terus menerus paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda dan sudah diberikan terapi .

3.2.3 Ketidakpatuhan dengan memenuhi minimal dua atau lebih meliputi: perilaku yang menunjukkan kegagalan untuk memenuhi (dengan observasi langsung atau melalui pernyataan pasien atau orang terdekat), menunjukkan perburukan gejala, tidak memeriksakan diri/kontrol, gagal menunjukkan kemajuan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 klien yaitu Ny. S dan Ny. M dengan kriteria :

- 3.3.1 Masyarakat di wilayah kerja puskesmas Rogotrunan.
- 3.3.2 Masyarakat/klien yang telah di diagnose hipertensi.
- 3.3.3 Masyarakat/klien yang telah mendapat terapi.
- 3.3.4 Klien dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan.
- 3.3.5 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*.

3.4 Lokasi dan Waktu

Waktu untuk penyusunan laporan tugas akhir mulai bulan Februari-Juli 2018. Pengambilan data dilakukan di wilayah kerja puskesmas Rogotrunan pada bulan April-Mei 2018, asuhan keperawatan keluarga dilakukan selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu pada kedua rumah Keluarga Ny. S dan Ny. M berada di Jalan Panjaitan Gang Luntas dan Jalan Suwandak Barat yang masuk dalam wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Proses Pengumpulan Data

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulis kepada koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data. Setelah mendapatkan ijin, penulis melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai Badan yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Ijin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari 8 tembusan.

3.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh

responden atau partisipan. Pengumpulan data dengan menanyakan secara langsung kepada klien dan keluarga terkait dengan masalah yang dihadapi klien biasanya juga disebut anamnesa. Anamnesa pada keluarga yang memiliki hipertensi meliputi; identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial. Wawancara dilakukan untuk mengetahui data subjektif dalam aspek fisik, mental, social budaya, ekonomi, kebiasaan, adat istiadat, agama, lingkungan.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan yaitu tentang bagaimana kondisi lingkungan, pengaturan tata ruang, peran antar keluarga berkaitan dengan 5 tugas perkembangan keluarga dan pemeriksaan fisik secara langsung data yang menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal head to toe. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung pengkajian anamnesis.

c. Studi dokumentasi

Untuk studi dokumentasi mengenai data pemeriksaan penunjang dapat diperoleh dari Hasil pemeriksaan tekanan darah pasien dan menanyakan tentang riwayat tekanan darah pasien sebelumnya.

3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Uji keabsahan data dari klien yang mengalami hipertensi dengan ketidakpatuhan dilakukan dengan: 1) Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, dan 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Data yang diperoleh dari pengkajian dengan klien yang berbentuk transkrip dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif dan dipilih data yang sesuai dengan masalah ketidakpatuhan.

3.7.3 Penyajian data

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

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika penulisan

3.8.1 *Informed Consent*

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

3.8.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial pada lembar pengumpulan data.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang didapatkan dari hasil pengkajian pada kedua klien berumur 66 dan 68 tahun, jenis kelamin perempuan, kedua klien sudah memasuki masa menopause, kedua klien memiliki riwayat penyakit keturunan hipertensi. Kedua klien menunjukkan perilaku gagal mematuhi ketepatan, gagal mempertahankan janji untuk kunjungan klinis, gagal mengalami perkembangan kesehatan serta hasil tes objektif tekanan darah masih di atas normal.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang telah dilakukan didapatkan bahwa kedua klien mengalami masalah yang sama yaitu ketidakpatuhan terapi dengan etiologi yang sama, yaitu ketidakmampuan keluarga mengenal masalah pengobatan yang diperlukan pada hipertensi.

Masalah keperawatan lain yang muncul pada kedua klien juga sama yaitu gangguan pemeliharaan kesehatan anggota keluarga. Sedangkan masalah keperawatan yang ketiga yaitu resiko terjadinya komplikasi dan potensial tekanan darah terkontrol.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang telah direncanakan sama dengan teori. Intervensi ini mengacu pada intervensi keluarga yang harus meliputi diagnose keperawatan, tujuan umum, tujuan khusus, kriteria dan standart/intervensi. Intervensi keperawatan pada keluarga dengan hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan yaitu berdasarkan 9 aktivitas keperawatan dan 3 pendidikan kesehatan sebagai penyuluhan keluarga dan pasien dari NANDA-1 2015 serta berdasarkan 5T+1W.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan terapi adalah mengkaji pengetahuan klien tentang hipertensi, pengobatan yang diperlukan pada hipertensi dan memberikan pendidikan kesehatan serta membantu klien dan keluarga memahami pentingnya mematuhi program terapi dan konsekuensi akibat ketidakpatuhan. Semua intervensi dapat dilakukan dalam 3 kali kunjungan rumah karena keluarga dan klien sangat kooperatif sehingga dapat dilakukan berdasarkan pada hasil catatan perkembangan klien.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

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

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian Asuhan Keperawatan keluarga dengan hipertensi dengan masalah Keperawatan ketidakpatuhan terapi di wilayah kerja puskesmas rogotrunan Lumajang Tahun 2018

5.2.2 Bagi Puskesmas

Dalam memberikan pelayanan kesehatan dapat memaksimalkan atau memonitoring penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan dengan sistem

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

5.2.3 Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan khususnya D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang semoga tetap menjadi sumber pustaka dan dapat memberikan wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan khususnya dalam hal ini yaitu asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi dan keperawatan keluarga dengan ketidakpatuhan terapi.

5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

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

5.2.5 Bagi Penulis selanjutnya

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

DAFTAR PUSTAKA

- Aaronson, I. P., & Ward, J. P. 2008. *At a Glance Sistem Kardivaskular Edisi Ketiga*. Jakarta: Erlangga.
- ADP, S. G. 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Afiyanti, Y., & Imami. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ardiansyah. 2010. *Analisis faktor yang Berhubungan dengan Ketidakpatuhan Pasien Penderita Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di RSUD H. Adam Malik*. Medan: Universitas Sumatera Utara, s
- Aspiani, R. Y. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: EGC.
- Askandar, T. 2015. *Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam*. Surabaya: Airlangga University Pers (AUP).
- Black, J. M. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2*. Singapura: PT Salemba Emban Patria.
- Devicesaria. 2014. Hipertensi krisis. *Leading article*, 16.
- Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik. 2008 . PHARMACEUTICAL CARE UNTUK PENYAKIT HIPERTENSI. *PHARMACEUTICAL CARE*, 17-28.
- Hairunisa. 2014. *Hubungan tingkat kepatuhan minum obat dan diet dengan tekanan darah terkontrol pada penderita hipertensi lansia di wilayah kerja puskesmas perumnas I kecamatan pontianak barat*. 6.
- Hidayat, A. A. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lubis, M. 2013. *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Menjalankan Pengobatan pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Indrapura Kabupaten Batu Bara*. 6.
- Mahmudah, S., & dkk. 2015. *Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok*. 44.
- Mubarak, Wahit Iqbal dkk. 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

- Muttaqin, A. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta Selatan : Salemba Medika.
- Muttaqin, A. 2011. *Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. 2012. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novian, Arista. 2013, Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi. Semarang: Universitas Negeri Semarang
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Prasetyorini, H. T., & Prawesti, D. 2012. stres pada penyakit terhadap kejadian komplikasi hipertensi pada pasien hipertensi. *Jurnal STIKES* , 61.
- Puspita, E. 2016. faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan. 3-4.
- Puspita, E. 2016. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan. 18.
- Rahmat, 2013. *Pengelolaan Pasien Hipertensi Grade II Dengan Pendekatan Medis Dan Perilaku Medula*, Volum 1, Nomor 1 : Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Riskesdas, 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdas Nasional*. Jakarta: Depkes RI
- Saepudin dkk, 2011, *Jurnal Farmasi Indonesia: Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Hipertensi di Puskesmas*, Vol 6, No 4, Juli 2013, ISSN: 1412-1107, HaL 246-253.
- Saukah, A., & sukarnyana, I. W. 2012. *Pedoman penulisan karya ilmiah*. Malang: Universitas Negeri Malang.
- Setiadi, 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transtruktural*. Jakarta : EGC.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., K, M. S., & Setiati, S. 2009. *Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*. Jakarta: InternaPublishing.

- Sudoyono. 2009. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: InternaPublisher.
- Sugiharto, & Aris. 2007. Faktor-Faktor Risiko Hipertensi Grade II Pada Masyarakat (Studi kasus di kabupaten karanganyar).
- Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Widiarti, D. 2011. *Kapita Selektta Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J. M., & Aheren, N. R. 2011. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Wuri, p., & Barrarah, b. 2011. *Kapita Selektta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, d. 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, D. 2017. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Yudanari, Y. G. 2015. Kepatuhan Pengobatan Pada Penderita Hipertensi. *MEDISINA Jurnal Keperawatan dan Kesehatan AKPER YPIB Majalengka#Volume 1 Nomor 2 Juli 2015*, 1.

Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan**(Informed Consent)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi	: PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER
----------------	---

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. M
Umur : 66 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jalan Suwanda Barat

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”.

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

Lumajang, 20 Maret 2018

Mengetahui
Penanggung jawab Penelitian

Yang Menyetujui
Peserta Penelitian


Regita Andes Setyorini MS
NPM 152303101041


(.....)

Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan*(Informed Consent)*

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi	: PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER
----------------	---

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. S
Umur : 68 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Pangsitama Senguntar

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Menderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakepatuhan Terapi Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018”.

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

Mengetahui

Penanggung jawab Penelitian

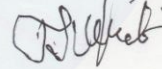


Regita Andes Setyorini MS
NPM 152303101041

Lumajang, 03 April 2018

Yang Menyetujui

Peserta Penelitian



(.....)



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

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

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
Nomor : 072/1075/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor: 403/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 24 Mei 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama REGITA ANDES SETYORINI MS.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : REGITA ANDES SETYORINI MS
2. Alamat : JL Cut Mutia Rt 3 Rw 5 Desa Wonorejo Kencong Jember
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang/ 1523031010 41
5. Kebangsaan : Indonesia

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

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Terapi diwilayah Kerja Puskesmas Rogotruran
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 28 Mei 2018 s/d 30 Juli 2018
7. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotruran


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

Lumajang, 30 Mei 2018

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Kepala Bidang HAL,
Drs. ABU HASAN
Pembina
0811993031001

Tembusan Yth. :


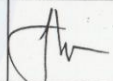


1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotruran,
6. Sdr. Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.


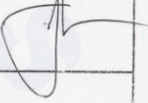

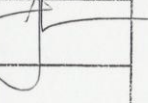
	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

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


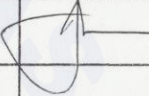

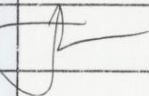
NAMA MAHASISWA : Regita Andes
 N I M : 15.093/152303101041
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Mengalami Hipertensi Dengan masalah Keperawatan Kebiasaan Terapi Di wilayah Kerja Puskesmas Rogotunaw.

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	5 Februari 2018	Sub I	Apakah TERAPI → dengan cara/cara?		
	6 Februari 2018	Sub I & II	Apakah kalanya ST & Iw → seperti apa → present		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
2.	6 Maret 2017	Konsul Bab 1	M S K S } <ul style="list-style-type: none"> modifikasi judul gambaran riset - konsep keluarga - hipertensi - skala penelitian yang lebih terban 		
3.	30 Mei 2017	BAB 1	Sumber di hilir harus jelas prevalensi kurang akurat difokuskan pada masalah <ul style="list-style-type: none"> - diperhatikan penulisan sesuai dengan pedoman. jenis, ukuran, spasi dll. 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
4.	29 Juli 2017	BAB 1	- pravelensi dan pustkesmas - skala.		
			- konsep lebih diperkuat - perbaikan penulisan - sumber		
5.	28 Juli 2017	BAB 1	- penulisan BAB 1 yang baku - perhatikan spasi antara		
	31 Juli 2017	BAB 2	BAB dan Sub Bab ACC bab 1		
			- Askep pada px Ht - literatur terbaru		
			- NIC & NOC		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
6.	4 Agustus 2017	BAB 2	Penambahan Diagnosa - Hal yang menonjol pada masalah		
7.	10 Agustus 2017	Bab 3	Bab 3 → Partisipan diperjelas, diperbaiki Analisa data ditambahkan daftar pustaka. - ditambahkan apa yang akan diobservasi saat pengkajian		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
8.	7/2/2018		- Acc Bab 3 revisi Ep's - bagian... - Acc bab 2, revisi... ↳ ST & IW		
9.			↳ ST & IW		
	21/2	Bone Revisi	Acc A. W. P. P. P.		
	26/2		Hari ini mencari... 2 dan 16 yang ada... ↳ pada... ...		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	4 Juli 18	Cover + Lapsus	- Summary - Daftar Pustaka.	RS	[Signature]
	8 Juli	BAB 4,5 ACC	- Booklet - Bab 4,5 ACC	RS	[Signature]
	22 Juli 2018	Konsul Revisian Siabang KTI.	Revisi Bab 1 + 2 + 3.	RS	
	1 Agustus 2018	Konsul Revisi Ulang Bab 4.	- Penyempurnaan Revisi Bab 4 - Revisi Cover & Summary.	RS	
	7 Agustus 2018		ACE	RS	[Signature]
	29 Agustus 2018		ACC	RS	[Signature]

HIPERTENSI

Hipertensi bisa dikontrol !



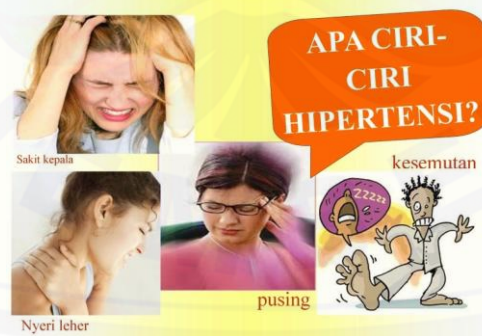
HIPERTENSI

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg



Penyebab

- Genetik
- Usia
- Jenis Kelamin
- Geografi dan Lingkungan
- Pola Hidup
- Garam Dapur
- Merokok
- Stress
- Kegemukan
- Banyak Minum Alkohol

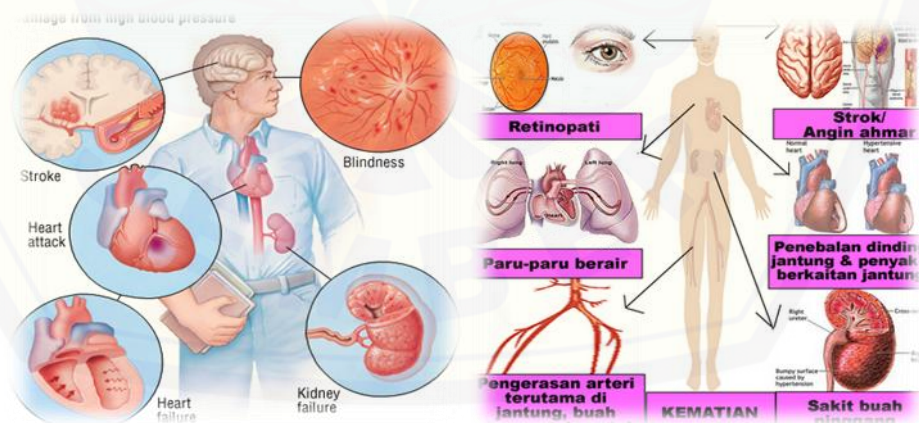


Tanda Dan Gejala

- Pusing (sakit kepala)
- Nafas Pendek (sesak nafas)
- Pandangan Mata Kabur
- Berdebar-debar
- Rasa Berat di Tenguk
- Rasa Mudah Lelah
- Cepat Marah
- Gangguan Penglihatan
- Mimisan

❖ Komplikasi

- ❖ Stroke
- ❖ Infark Miokard (terhentinya aliran darah)
- ❖ Gagal Ginjal
- ❖ Gagal Jantung
- ❖ Ensefalopati (kerusakan jaringan otak)



terapi hipertensi

1. terapi diet



2. terapi olahraga



3. terapi obat



PENCEGAHAN HIPERTENSI

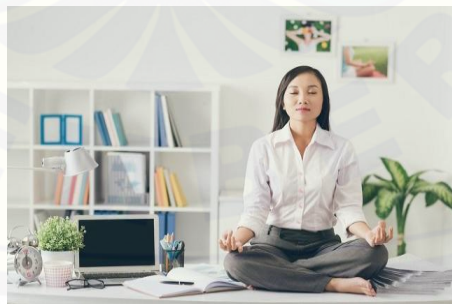


1. Mengatasi Obesitas.

2. Mengurangi asupan garam ke dalam tubuh.



3. Menghindari stress



4. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat.



5 Kontrol Rutin Tekanan Darah



DIET BAGI PENDERITA HIPERTENSI



Prinsip diet pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

- Makanan beraneka ragam dan gizi seimbang.
- Jenis dan komposisi makanan disesuaikan dengan kondisi penderita.
- Jumlah garam dibatasi sesuai dengan kesehatan penderita dan jenis makanan dalam daftar diet.

MENGATUR MENU MAKANAN

Mengatur menu makanan sangat dianjurkan bagi penderita hipertensi untuk menghindari dan membatasi makanan yang dapat meningkatkan kadar kolesterol darah serta meningkatkan tekanan darah, sehingga penderita tidak mengalami stroke atau infark jantung.

Makanan yang harus dihindari atau dibatasi adalah:



1. Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
2. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biscuit, craker, keripik dan makanan kering yang asin).
3. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, soft drink).
4. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
6. Susu full cream, mentega, margarine, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
7. Bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
8. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

MAKANAN PENYEBAB DARAH TINGGI

