



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.S dan Ny.M
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SUKODONO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Yesi Meitasari
NPM 152303101091

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



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.S dan Ny.M
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SUKODONO 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
Yesi Meitasari
NPM 152303101091

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

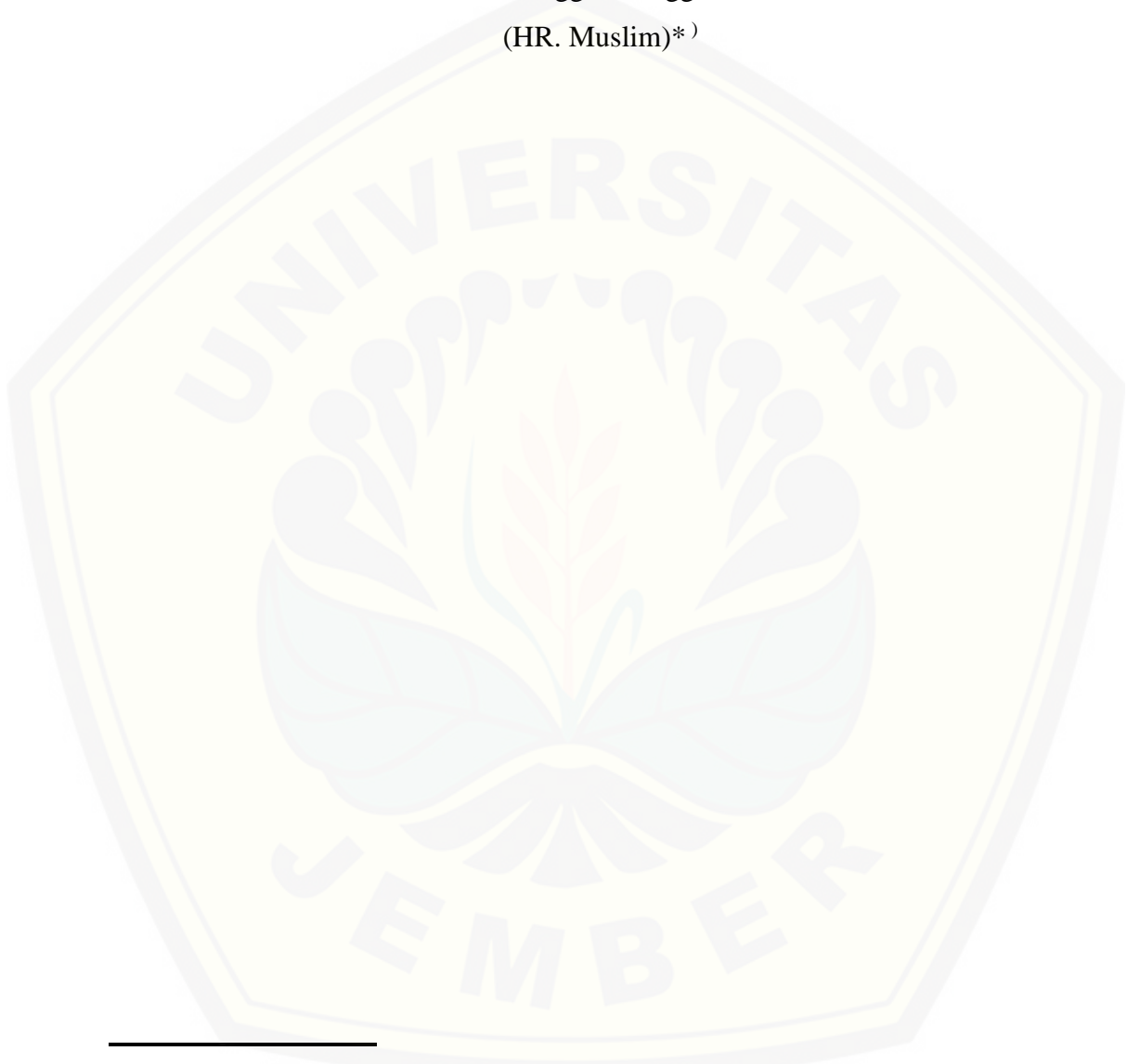
PERSEMBAHAN

Laporan tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya ayahanda Mochamad Mintil dan ibunda Ninis Suliyani, keluarga tercinta dan juga Rohmad Sahrur Romadon yang telah memberi dukungan, dan baik dukungan berupa doa, motivasi, serta dukungan moral dan non moral yang luar biasa bagi penulis selama menjalankan program studi.
2. Seluruh staf, dosen pembimbing, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.
3. Teman-teman seperjuangan angkatan 18 dan sahabat-sahabat tercinta (Ika Kirana, Masquro, Deni Kurniawati, Yusrolana, Nur Aini, Nur Laili Mufidah) yang memberi dukungan doa, motivasi penuh pada penulis, sehingga penulis dapat menjalankan tugas program studi dengan baik.
4. Dosen-dosenku yang telah menjadi orang tua keduaku, yang namanya tak bisaku sebutkan satu persatu yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terimakasih yang tak terhingga atas ilmu yang telah kalian berikan sangatlah bermanfaat untukku.

MOTTO

“Sesungguhnya, Allah sangat senang jika salah seorang di antara kamu mengerjakan sesuatu pekerjaan yang dilakukannya dengan tekun dan sangat bersungguh-sungguh
(HR. Muslim)*)



Tasmara, T. (2000). *Membudayakan Etos Kerja Islami*. Jakarta: Gema Insani.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama mahasiswa : Yesi Meitasari

TTL : Lumajang, 15 Mei 1996

NPM : 152303101091

Menyatakan bahwa laporan tugas akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018” disusun oleh saya sendiri tidak memuat laporan tugas akhir orang lain sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang tertulis diacu dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam refensi.

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

Lumajang, 23 Mei 2018

Yang menyatakan,



Yesi Meitasari
NPM. 152303101091

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.S dan Ny.M
YANG MENGALAMI HIPERTENSI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKPATUHAN
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SUKODONO LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

Yesi Meitasari

NIM 152303101091

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Zainal Abidin, A.Md.Kep,S.Pd.,M.Kes

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018" ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari : Jumat

Tanggal : 6 Juli 2018

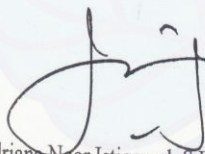
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua,



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

Anggota I,



Indriana Noor Istiqomah S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota II,



Zainal Abidin, A.Md.Kep.S.Pd.,M.Kes
NIP. 19800131 200801 1 007

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



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

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018. Yési Meitasari, 152303101091; 2018; 112 Halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Hipertensi merupakan tekanan darah persisten dengan tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi dikategorikan sebagai penyakit yang membahayakan manusia dan merupakan pembunuh yang tersembunyi (*The Silent Killer*). Jenis hipertensi dibagi menjadi dua yaitu hipertensi primer dan sekunder. Gejala yang sering dikeluhkan pada seseorang dengan penyakit hipertensi adalah rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, nyeri kepala terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intracranial, penglihatan kabur karena kerusakan retina, dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler. Masalah terbesar dalam menghadapi penderita hipertensi adalah kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatannya. Apabila dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit tidak dilaksanakan dengan baik maka hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya masalah ketidakpatuhan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang. Metode penelitian yang digunakan adalah laporan kasus, partisipan penelitian ini adalah 2 pasien yang pernah atau baru menderita hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan dengan memenuhi minimal dua atau lebih batasan karakteristik yang meliputi: perilaku tidak taat, gagal mencapai hasil, komplikasi terkait perkembangan, mengingkari perjanjian.

Intervensi yang dilakukan penulis pada kedua partisipan adalah dukungan pengasuhan (*caregiver support*), pengajaran: peresepan diet, konseling nutrisi. Hasil asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan pada kedua pasien sudah dapat menunjukkan tujuan teratasi yang ditandai dengan pasien mampu memahami diet hipertensi, mampu memahami pentingnya pelayanan kesehatan, dan mampu menghindari makanan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

Dari hasil tersebut bagi peneliti selanjutnya tentang masalah keperawatan ketidakpatuhan diharapkan untuk lebih memperdalam cakupan penelitian khususnya tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pemberian dukungan keluarga. Kepada keluarga diharapkan selalu memberikan dukungan kepada pasien agar patuh dalam menjalankan pengobatan.

SUMMARY

Family Nursing Care of Hypertension on Mr. S and Mrs. M with Noncompliance Nursing Diagnosis in Regional Puskesmas (Community Health Center) Sukodono Lumajang 2018. Yesi Meitasari, 152303101091; 2018; 112 Pages; Faculty of Nursing Universitas Jember.

Hypertension is a term for elevated blood pressure that exceeds 140 over 90 mmHg. It is categorized as a serious disease and known as *The Silent Killer*. Hypertension is divided into two types, namely primary hypertension and secondary hypertension. The symptoms that patients often complain are nape soreness, headache along with nausea and vomiting due to elevated intracranial blood pressure, obscured sight due to damaged retina, and swelling due to increased capillary pressure. The biggest problem in treating hypertension is the patients' obedience to carry out their medications. If the family lacks of support in caring sick family member, noncompliance nursing diagnosis can occur.

This research was aimed to explore family nursing care which family members suffer from hypertension with noncompliance nursing diagnosis. Case report was applied as a research method. The participants were 2 patients who suffer from hypertension with noncompliance nursing diagnosis. In addition, both patients must meet the two limitation characteristic, namely disobedience behavior, failing to achieve the outcomes, complication related to patients development and breaking the agreement.

Caregiver support, educating: diet prescription and nutrition counseling wereapplied to both participants. Family nursing care showed progress, indicated by the patients' understanding toward hypertension diet, patients' understanding toward the significance of health services, and patients' ability to avoid food that can elevate blood pressure.

As the results provided, it is recommended for the author to focus more on the scope of research particularly about the factors that may affect the provision of family support. The family is expected to always be supportive to the patients in order for them to be compliance in undergoing their medications.

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka laporan tugas akhir ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terimakasih kepada:

1. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ns, MM selaku Koordinator Prodi
2. Bapak Zainal Abidin, S.Pd, M.Kes., selaku pembimbing KTI dan pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
3. Bapak DR. Suhari, A.Per.Pen, MM dan Ibu Indriana Noor Istiqomah S.Kep.,Ners.,M.Kep, yang memberi saran dan masukan dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.

Dengan terselesaikannya laporan tugas akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya laporan tugas akhir ini dan diucapkan terimakasih.

Lumajang, 23 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	ii
Persembahan	iii
Motto	iv
Pernyataan	v
Halaman Pengesahan	vii
Ringkasan	viii
Summary	ix
Prakata.....	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Klasifikasi	6
2.1.4 Patofisiologi	8
2.1.5 Manifestasi Klinis	10
2.1.6 Faktor Risiko Hipertensi	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Komplikasi	15
2.1.9 Penatalaksanaan Terapi	16
2.1.10 Algoritma Pengobatan Hipertensi	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	21
2.2.1 Pengkajian Keluarga	21
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	32
2.2.3 Rencana Keperawatan	35
2.2.4 Implementasi Keperawatan	37
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	38
BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Desain Penelitian	40
3.2 Batasa Istilah	40
3.3 Partisipan.....	41

3.4 Lokasi dan Waktu	41
3.5 Pengumpulan Data	41
3.6 Etika Penelitian	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Lokasi pengambilan data	44
4.2 Hasil dan Pembahasan	44
4.2.1 Pengkajian Keperawatan	44
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	68
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	79
5.1.1 Pengkajian	79
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	79
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	79
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	80
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	80
5.2 Saran	80
5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga	80
5.2.2 Bagi Perawat	81
5.2.3 Bagi Puskesmas.....	81
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	81
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC-6 dan JNC-7	6
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi menurut <i>ESH/ESC guideline</i>	7
Tabel 2.3 Bahan makanan yang diberikan sehari.....	18
Tabel 2.4 Penentuan Prioritas Diagnosa	34
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga.....	45
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga.....	45
Tabel 4.3 Tipe Keluarga.....	48
Tabel 4.4 Suku Bangsa.....	48
Tabel 4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	49
Tabel 4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	50
Tabel 4.7 Aktivitas Keluarga	51
Tabel 4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	51
Tabel 4.9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Lain	52
Tabel 4.10 Karakteristik Rumah	53
Tabel 4.11 Karakteristik tetangga dan Komunitas RW	53
Tabel 4.12 Mobilitas Geografi Keluarga	56
Tabel 4.13 Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.....	56
Tabel 4.14 Sistem Pendukung Keluarga	56
Tabel 4.15 Struktur Keluarga.....	57
Tabel 4.16 Fungsi Keluarga	58
Tabel 4.17 Stres dan Koping Keluarga	60
Tabel 4.18 Keadaan Gizi Keluarga	61
Tabel 4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan.....	62
Tabel 4.20 Pemeriksaan Fisik	63
Tabel 4.21 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Lain	64
Tabel 4.22 Harapan Keluarga	65
Tabel 4.23 Analisa Data.....	66
Tabel 4.24 Batasan Karakteristik	67
Tabel 4.25 Analisa data lain yang muncul	67
Tabel 4.1 Penentuan Prioritas Diagnosa Keperawatan	70
Tabel 4.27 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Genogram Keluarga Tn. S.....	46
Gambar 4.2 Genogram Keluarga Ny. M.....	47
Gambar 4.3 Denah Rumah Keluarga Tn. S.....	54
Gambar 4.4 Denah Rumah Keluarga Ny. M.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyusunan Karya Tulis Ilmiah.....	86
2. Informed <i>Informed Consent</i>	87
3. Satuan Acara Penyuluhan Hipertensi.....	88
4. Satuan Acara Penyuluhan Diet Hipertensi.....	97



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi menjadi salah satu penyakit tidak menular yang menjadi perhatian utama karena angka kejadian yang tinggi di dunia (Yanti & dkk, 2016). Hipertensi dikategorikan penyakit yang membahayakan manusia dan merupakan pembunuh yang tersembunyi (*The Silent killer*) dan menyebar secara universal (Hussein, 2014). Saat ini hipertensi merupakan tantangan besar di Indonesia karena merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Semakin muda seseorang terdiagnosis hipertensi maka akan semakin buruk perjalanan penyakitnya apalagi bila tidak segera ditangani (Ibrahim, 2017). Penyakit hipertensi ini banyak mengganggu kesehatan masyarakat karena sebagian besar orang tidak menyadari bahwa dirinya sedang menderita hipertensi. Hal ini terjadi karena gejalanya yang tidak nyata dan pada stadium awal belum memperlihatkan gangguan yang serius pada kesehatan (Putriastuti, 2016).

Ketidakpatuhan merupakan suatu sikap dimana pasien tidak disiplin atau tidak maksimal dalam melaksanakan pengobatan, hal ini berdampak pada memburuknya keadaan pasien karena akan terjadinya komplikasi dan kerusakan pada organ tubuh (Pujasari & dkk, 2015). Masalah kepatuhan terhadap pengobatan merupakan salah satu masalah yang muncul dalam penanganan penyakit hipertensi (Pratama & Ariastuti, 2015). Penyebab ketidakpatuhan pasien hipertensi diakibatkan oleh kurangnya pemahaman terhadap pengobatan, dukungan keluarga, kepercayaan dan budaya setempat, munculnya efek buruk penggunaan obat, akses ke pelayanan kesehatan dan penggunaan obat komplementer. Pada dasarnya dukungan yang diberikan oleh keluarga seperti 5 tugas keluarga dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan serta dapat menentukan tentang pengobatan yang dapat diterima (Gama & dkk, 2017).

Menurut WHO (2014), penyakit kardiovaskuler merupakan pembunuh nomor 1 di dunia, pada usia diatas 45 tahun dan diperkirakan 12 juta orang meninggal

tiap tahunnya. Menurut Rahajeng & Tuminah, (2009) penderita hipertensi dapat meninggal setiap tahunnya dikarenakan penderita tersebut tidak mendapatkan pengobatan secara adekuat. Di Inggris, 34% pria dan 30% wanita menderita hipertensi (diatas 140/90mmHg) atau sedang mendapatkan pengobatan hipertensi (Putriastuti, 2016). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8%, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4%. Jadi, ada 0,1% yang minum obat sendiri. Responden yang mempunyai tekanan darah normal tetapi sedang minum obat hipertensi sebesar 0,7%. Jadi prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% (25,8% + 0,7%) (Riskesda, 2013). Dari daftar 10 penyakit terbanyak di kota Surabaya menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pada kejadian hipertensi yaitu pada tahun 2011 dan 2012 berada di peringkat ke-7 dengan persentase masing-masing sebesar 3,3% dan 3,06%. Pada tahun 2013 hipertensi berada pada peringkat ke-2 yaitu sebesar 13,6% (Putriastuti, 2016). Di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang tahun 2017 selama bulan Januari sampai Desember didapatkan data sejumlah 1009 orang yang menderita penyakit hipertensi.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi dimana etiologi dan patofisiologinya tidak diketahui. Hipertensi primer (esensial) ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol (Yulanda & Lisiswati, 2017). Usia, ras, jenis kelamin, kebiasaan, hiperkolesterolemia, semuanya memengaruhi prognosis dari penyakit hipertensi primer (esensial). Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis (Aspiani & Praptiani, 2016). Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tahanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang

mempengaruhi terjadinya hipertensi yaitu genetik, obesitas, stress, hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Aspiani, 2016). Tekanan darah arteri merupakan produk total resistensi perifer dan curah jantung. Curah jantung meningkat karena keadaan yang meningkatkan frekuensi jantung, volume sekuncup atau keduanya. Resistensi perifer meningkat karena faktor-faktor yang meningkatkan viskositas darah atau yang menurunkan ukuran lumen pembuluh darah, khususnya pembuluh arteriol. Hipertensi yang berlangsung lama akan meningkatkan beban kerja jantung karena terjadi peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Untuk meningkatkan kekuatan kontraksinya, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan jantung akan oksigen dan beban kerja jantung meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung dapat terjadi ketika keadaan hipertrofi tidak lagi mampu mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena hipertensi memicu proses aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung dapat mengalami gangguan lebih lanjut akibat penurunan aliran darah ke dalam miokardium sehingga timbul angina pectoris atau infark miokard. Hipertensi juga menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang semakin mempercepat proses aterosklerosis serta kerusakan organ seperti, cedera retina, gagal ginjal, stroke, dan aneurisma serta diseksi aorta (Wilkins, 2014).

Oleh karena itu perlu penanganan yang berkelanjutan baik dari individu yang bersangkutan, keluarga maupun petugas kesehatan. Keluarga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Dukungan ini dapat berupa pelaksanaan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan yang meliputi lima tugas kesehatan keluarga (Suryana & Prasetyo R, 2016). Selain itu peran perawat dalam melakukan pendekatan edukasi dengan promosi kesehatan merupakan salah satu cara terbaik untuk memberikan motivasi yang dapat dipercaya pada masyarakat dan membantu individu mengembangkan kemampuan membuat keputusan dan memberikan gambaran pada masyarakat untuk menggali dan mengembangkan sikap dan tindakan yang semestinya (Darmawan & Zulfa, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan ketidakpatuhan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Dari latar belakang di atas penulis merumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M yang Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”?

1.3 Tujuan Penelitian

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. S dan Ny. M yang Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidakpatuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian di harapkan dapat memberikan informasi antara lain :

1.4.1 Bagi Penulis

Asuhan keperawatan keluarga dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga khususnya pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan.

1.4.2 Bagi Instasi Pendidikan

Asuhan keperawatan keluarga dapat dijadikan sebagai data dasar penelitian tentang keberhasilan perawatan pasien hipertensi di rumah.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg (Aspiani R. Y., 2016).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah. Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg (Udjianti, 2013).

2.1.2 Etiologi

Menurut Yuli & Praptiani (2016), pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik: Respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na
- b. Obesitas: Terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi disebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi

kaku, kemampuan jantung memompa darah menjadi menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi (Yuli & Praptiani, 2016).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah adalah untuk dewasa berusia ≥ 18 tahun. Seventh Joint National Committee (JNC-7) memperkenalkan klasifikasi prehipertensi bagi tekanan darah sistolik yang berkisar antara 120-139 mmHg dan atau diastolic antara 80-89 mmHg yang berlawanan dengan klasifikasi JNC-6 yang memasukkan dalam kategori normal dan normal tinggi. Kategori prehipertensi mempunyai peningkatan risiko untuk menjadi hipertensi (Tjokrowiro, 2015).

The Eighth Joint National Committee (JNC-8) pada tahun 2014 tidak mengeluarkan klasifikasi hipertensi baru, tetapi terdapat rekomendasi tata laksana hipertensi, dimana *guidelines* ini berbasis bukti dan reviewer dan berbagai macam keahlian yang berhubungan dengan hipertensi. Klasifikasi hipertensi menurut *European Society of Hypertension (ESH)* dan *European Society of Cardiology (ESC)* tidak berubah dari tahun 2003, 2007 dan 2013. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg, berdasarkan bukti penelitian, pasien dengan tekanan darah tersebut bila diberikan terapi untuk menurunkan tekanan darah, menunjukkan suatu manfaat (Tjokrowiro, 2015).

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut JNC-6 dan JNC-7 (mmHg) tahun 2015

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

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi menurut *ESH/ESC guideline* tahun 2015

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

(Tjokroprawiro, 2015)

a. Jenis Hipertensi

1) Hipertensi primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh sebab itu, penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita esensial.

Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh faktor berikut ini.

a) Faktor keturunan

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

b) Ciri perseorangan

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

c) Kebiasaan hidup

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

2) Hipertensi sekunder

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

Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis aldosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena di angkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin dikelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosterone tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontasepsi orang juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani & Praptiani, 2016).

2.1.4 Patofisiologi

Tekanan arteri sistemik adalah hasil dari perkalian cardiac output (curah jantung) dengan total tahanan perifer. Cardiac output (curah jantung) diperoleh dari perkalian antara stroke volume dengan heart rate (denyut jantung). Pengaturan tahanan perifer dipertahankan oleh system saraf otonom dan sirkulasi hormone. Empat system control yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain system baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, system rennin angiotensin dan autoregulasi vascular.

Baroreseptor arteri terutama ditemukandi sinus carotid, tapi juga dalam aorta dan dinding ventrikel kiri. Baroreseptor ini memonitor derajat tekanan arteri. Sistem baroreseptor meniadakan peningkatan tekanan arteri melalui mekanisme perlambatan jantung oleh respons vagal (stimulasi parasimpatis) dan vasodilatasi dengan penurunan tonus simpatis. Oleh karena itu, refleks control sirkulasi meningkatkan tekanan arteri sistemik bila tekanan baroreseptor meningkat. Alasan pasti mengapa control ini gagal pada hipertensi belum diketahui. Hal ini ditujukan untuk menaikkan re-setting sensitivitas baroreseptor sehingga tekanan

meningkat secara tidak adekuat, sekalipun penurunan tekanan tidak ada. Perubahan volume cairan memengaruhi tekanan arteri sistemik. Bila tubuh mengalami kelebihan garam dan air, tekanan darah meningkat melalui mekanisme fisiologi kompleks yang mengubah aliran balik vena ke jantung dan mengakibatkan peningkatan curah jantung. Bila ginjal berfungsi secara adekuat, peningkatan tekanan arteri mengakibatkan diuresis dan penurunan tekanan darah. Kondisi patologis yang mengubah ambang tekanan pada ginjal dalam mengekskresikan garam dan air akan meningkatkan tekanan arteri sistemik.

Renin dan angiotensin memegang peranan dalam pengaturan tekanan darah. Ginjal memproduksi renin yaitu enzim yang bertindak pada substrat protein plasma untuk memisahkan angiotensin I, yang kemudian diubah oleh converting enzyme dalam menjadi bentuk angiotensin II kemudian menjadi angiotensin III. Angiotensin II dan III mempunyai aksi vasokonstriktor yang kuat pada pembuluh darah dan merupakan mekanisme control terhadap aldosteron. Aldosteron sangat bermakna dalam hipertensi terutama pada aldosteronisme primer. Melalui peningkatan aktivitas system saraf simpatis, angiotensin II dan III juga mempunyai efek inhibiting atau penghambat pada ekskresi garam (Natrium) dengan akibat peningkatan tekanan darah (Udjianti, 2013).

Gejala yang sering muncul pada pasien hipertensi salah satunya adalah nyeri kepala. Nyeri kepala ini disebabkan adanya kerusakan vaskuler akibat dari hipertensi tampak jelas pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan pada struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola dapat menyebabkan terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah. Apabila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan menjadi terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan dapat menyebabkan adanya penurunan kadar oksigen dan peningkatan karbondioksida, kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak.

Tekanan darah arteri merupakan hasil dari resistensi perifer dan curah jantung. Curah jantung meningkat karena keadaan yang meningkatkan frekuensi jantung, volume sekucup atau keduanya. Resistensi perifer meningkat karena faktor-faktor yang meningkatkan viskositas darah atau yang menurunkan ukuran

lumen pembuluh darah, khususnya pada pembuluh arteriol yang dapat mengakibatkan restriksi aliran darah ke organ-organ penting dan dapat terjadi kerusakan. Hal tersebut dapat mengakibatkan spasme pada pembuluh darah (arteri) dan penurunan oksigen yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala atau leher (Setyawan, 2014).

2.1.5 Manifestasi Klinis

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

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Kertelibatn pembuluh darah ke otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik (transient ischemic attack, TIA) yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

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

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

Crowin (2000) dalam Yuli & Praptiani (2016) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah darihidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Yuli & Praptiani, 2016).

2.1.6 Faktor Risiko Hipertensi

Berikut adalah faktor-faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah menurut Black(2014) :

a. Riwayat Keluarga

Hipertensi dianggap poligenik dan multifaktorial yaitu, pada seseorang dengan riwayat hipertensi keluarga, beberapa gen mungkin berinteraksi dengan yang lainnya dan juga lingkungan yang dapat menyebabkan tekanan darah naik dari waktu ke waktu. Kecenderungan genetik yang membuat keluarga tertentu lebih rentan terhadap hipertensi mungkin berhubungan dengan peningkatan kadar natrium intraselular dan penurunan rasio kalsium-natrium, yang lebih sering ditemukan pada orang berkulit hitam. Klien dengan orang tua yang memiliki hipertensi berada pada risiko hipertensi yang lebih tinggi pada usia muda.

b. Usia

Hipertensi primer biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60% klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi umumnya terjadi pada orang yang berusia lebih dari 50 tahun, dengan hampir 24% dari semua orang terkena pada usia 80 tahun diantara orang dewasa,

pembacaan TDS lebih baik daripada TDD karena merupakan predikto yang lebih baik untuk kemungkinan kejadian di masa depan seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung dan penyakit ginjal.

c. Jenis Kelamin

Pada keseluruhan insiden, hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Risiko pada pria dan wanita hampir sama antara usia 55 sampai 74 tahun, kemudian setelah usia 74 tahun wanita berisiko lebih besar.

d. Etnis

Statistik mortalitas mengindikasikan bahwa angka kematian pada wanita berkulit putih dewasa dengan hipertensi lebih rendah pada angka 4,7%, pria berkulit putih pada tingkat terendah berikutnya yaitu 6,3% dan pria berkulit hitam pada tingkat terendah berikutnya yaitu 22,5%, angka kematian tertinggi pada wanita berkulit hitam pada angka 29,3%. Alasan peningkatan prevalensi hipertensi di antara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi peningkatannya dikaitkan dengan kadar rennin yang lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopresin, tingginya asupan garam dan tingginya stress lingkungan.

Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah adalah sebagai berikut:

a. Diabetes

Hipertensi telah terbukti terjadi lebih dari dua kali lipat pada klien diabetes menurut studi penelitian terkini. Diabetes mempercepat aterosklerosis dan menyebabkan hipertensi karena kerusakan pada pembuluh darah besar. Oleh karena itu hipertensi akan menjadi diagnosis yang lazim pada diabetes, meskipun diabetesnya terkontrol dengan baik. Ketika seorang klien diabetes didiagnosis dengan hipertensi, keputusan pengobatan dan perawatan tindak lanjut harus benar-benar individual dan agresif.

b. Stress

Stress meningkatkan resistansi vascular perifer dan curah jantung serta menstimulasi aktivitas sistem saraf simpatis. Dari waktu ke waktu hipertensi dapat berkembang. Stressor bias banyak hal, mulai dari suara, infeksi, peradangan,

nyeri, berkurangnya suplay oksigen, panas, dingin, trauma, pengerahan tenaga berkepanjangan, respons pada peristiwa kehidupan, obesitas, usia tua, obat-obatan, penyakit pembedahan dan pengobatan medis dapat memicu respons stress. Rangsangan berbahaya ini dianggap oleh seseorang sebagai ancaman atau dapat menyebabkan bahaya; kemudian, sebuah respons psikopatologis “melawan-atau-lari (fight or flight) diprakarsai di dalam tubuh. Jika respons stress menjadi berlebihan atau berkepanjangan, disfungsi organ sasaran atau penyakit akan dihasilkan. Sebuah laporan dari lembaga Stress Amerika (American Institute of Stress) memperkirakan 60% sampai 90% dari seluruh kunjungan perawatan primer meliputi keluhan yang berhubungan dengan stress. Oleh karena stress adalah permasalahan persepsi, interpretasi orang terhadap kejadian yang menciptakan banyak stressor dan respons stress.

c. Obesitas

Obesitas terutama pada tubuh bagian atas (tubuh berbentuk “apel”), dengan meningkatnya jumlah lemak sekitar diafragma, pinggang dan perut, dihubungkan dengan pengembangan hipertensi. Orang dengan kelebihan berat badan tetapi mempunyai kelebihan paling banyak di pantat, pinggul dan paha (tubuh berbentuk “pear”) berada pada resiko jauh lebih sedikit untuk pengembangan hipertensi sekunder daripada peningkatan berat badan saja. Kombinasi obesitas dengan faktor-faktor lain dapat ditandai dengan sindrom metabolis yang juga meningkatkan risiko hipertensi.

d. Nutrisi

Konsumsi natrium bisa menjadi faktor penting dalam perkembangan hipertensi esensial. Paling tidak 40% dari klien yang akhirnya terkena hipertensi akan sensitive terhadap garam dan kelebihan garam mungkin menjadi penyebab pencetus hipertensi pada individu ini, diet tinggi garam mungkin menyebabkan pelepasan hormone natriuretik yang berlebihan, yang mungkin secara tidak langsung meningkatkan tekanan darah. Muatan natrium juga menstimulasi mekanisme vasopresor di dalam system saraf pusat (SSP). Penelitian juga

menunjukkan bahwa asupan diet rendah kalsium, kalium dan magnesium dapat berkontribusi dalam pengembangan hipertensi

e. Penyalahgunaan obat

Merokok, mengonsumsi banyak alkohol, dan beberapa penggunaan obat terlarang merupakan faktor-faktor risiko hipertensi. Pada dosis tertentu nikotin dalam rokok sigaret serta obat seperti kokain dapat menyebabkan naiknya tekanan darah secara langsung; namun bagaimanapun juga, kebiasaan memakai zat ini telah turut meningkatkan kejadian hipertensi dari waktu ke waktu. Kejadian hipertensi juga tinggi di antara orang yang minum 3 ons etanol per hari. Pengaruh dari kafein adalah kontroversial. Kafein meningkatkan tekanan darah akut tetapi tidak menghasilkan efek berkelanjutan.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang berikut ini dapat membantu untuk menegaskan diagnosis hipertensi:

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

- f. Foto rotgen toraks dapat memperlihatkan kardiomegali.
- g. Elektrokardiografi dapat mengungkapkan hiperatrofi ventrikel kiri (Kowalak, 2011).

2.1.8 Komplikasi (Aspiani, 2016)

Komplikasi pada hipertensi meliputi :

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

- e. Kejang dapat terjadi pada wanita preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian cepat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

2.1.9 Penatalaksanaan Terapi

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

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

a. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan/atau memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri

Beberapa diet yang dianjurkan:

- 1) Rendah garam, diet garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam perhari.
- 2) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vascular
- 3) Diet kaya buah dan sayur
- 4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner

Menurut Mangunkusumo (2009), hipertensi dapat dikendalikan dengan diet rendah garam. Menurut beratnya hipertensi dan kemampuan penderita untuk

menjalankan diet, diberikan diet hipertensi rendah garam. Adanya obat-obat diuretic memungkinkan penggunaan natrium makanan yang lebih liberal.

a) Tujuan

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

b) Syarat-syarat

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

c) Macam diet dan indikasi pemberian

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

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

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

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

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

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

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

d) Cara memilih bahan makanan diit rendah garam

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

Tabel 2.3 Makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan

No	Golongan bahan makanan	Makanan yang boleh diberikan	Makanan yang tidak boleh diberikan
1	Sumber hidrat arang	Beras, bulgur, kentang, singkong, terigu, tapioca, hunkwee, gula, makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut di atas tanpa garam dapur dan soda seperti: macaroni, mi, bihun, roti, biscuit, kue kering dan sebagainya	Roti, biscuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur dan atau soda
2	Sumber protein hewani	Daging dan ikan maksimum 100 g sehari; telur maksimum 200 g sehari	Otak, ginjal, lidah, sardine, keju: daging, ikan, dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti: daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, ikan asin, ikan kaleng, kornet, ebi, udang kering, telur asin, telur pindang dan sebagainya
3	Sumber nabati protein	Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa garam	Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan lain ikatan natrium
4	Sayuran	Semua sayuran segar; sayuran yang diawet tanpa garam dapur, natrium benzoas dan soda	Sayuran yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, acar dan sebagainya
5	Buah-buahan	Semua buah-buahan segar; buah-buahan yang diawet tanpa garam dapur, natrium benzoas dan soda	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium
6	Lemak	Minyak, margarine tanpa garam, mentega tanpa garam	Margarine dan mentega biasa
7	Bumbu bumbu	Semua bumbu-bumbu segar dan kering yang tidak mengandung garam dapur dan lain ikatan natrium	Garam dapur, baking powder, soda kue, vetsin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti: kecap, terasi, magi, tomato, ketchup, petis, tauco
8	Minuman	Teh, kopi, minuman botol ringan	Coklat

(Mangunkusumo, 2009)

b. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup, pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia.

c. Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonic dapat juga meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alcohol, penting untuk mengurangi efekjangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

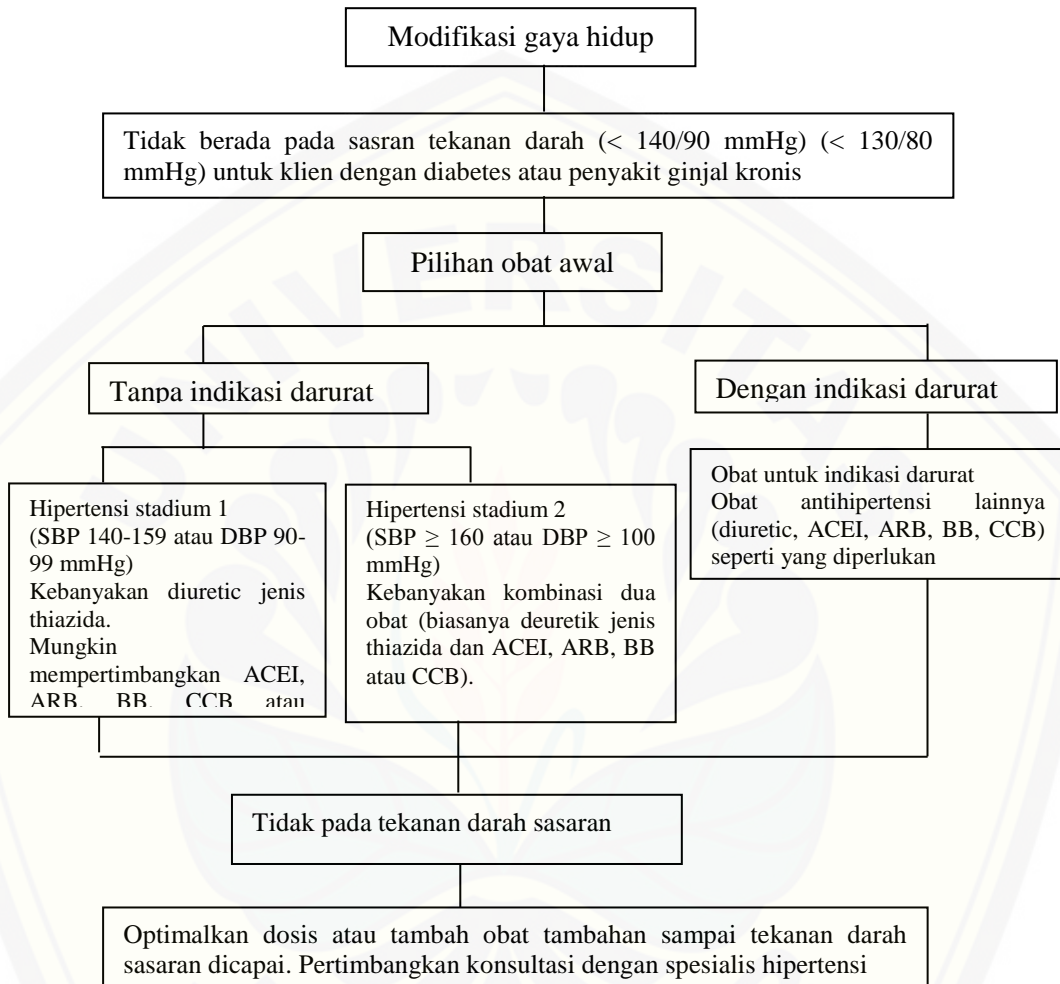
Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan:

- a) Diuretic: *Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretik* bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya. Sebagai diuretic (tiazid) juga dapat menurunkan TPR
- b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensikan influx kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup dan TPR.
- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradikinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (β -blocker) terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa (α -blocker) menghambat reseptor alfa di otot polos vascular yang secara normal berespons terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR
- f) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya natrium, nitroprusida, nikardipin, hidralazin, nitrogliserin dll)
- g) Hipertensi gestasional dan preeklampsia-eklampsia membaik setelah bayi lahir (Aspiani, 2016).

2.1.10 Algoritma pengobatan hipertensi

Menurut Black,(2014), algoritma untuk pengobatan hipertensi adalah sebagai berikut:



2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.2.1 Pengkajian keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori atau model *Family Centre Nursing* Friedman yaitu (Achjar, 2012):

a. Pengkajian data umum keluarga

- 1) Nama kepala keluarga: diisi sesuai dengan yang ada di buku kartu keluarga
- 2) Umur dan jenis kelamin

Hipertensi biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi

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

3) Pendidikan

Menurut Koentjaraningrat (2009) dalam (Nurhidayat, 2016) bahwa semakin seseorang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi maka akan semakin mudah dalam menerima informasi dan mempunyai banyak pengetahuan yang dimilikinya sehingga semakin mudah dalam melakukan tindakan dan perilaku. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan perilaku seseorang terhadap nilai-nilai baru. Sehingga seseorang yang berpendidikan rendah cenderung sulit untuk menyerap informasi daripada orang yang berpendidikan tinggi.

4) Pekerjaan

Menurut Sugiyanto, (2016) dalam penelitiannya, seseorang dengan penyakit hipertensi yang berpendidikan (sekolah dasar) dan pekerjaan yang rendah seperti halnya bekerja sebagai petani maupun IRT, maka hal itu dapat memicu ketidakpatuhan dalam pengobatan dikarenakan pengetahuan yang kurang dan lebih mementingkan dalam hal pekerjaannya.

5) Alamat dan nomor telephone

b. Komposisi anggota keluarga

Kelompok usia 25-34 tahun mempunyai risiko hipertensi dibandingkan usia 18-24 tahun. Risiko hipertensi meningkat sejalan dengan bertambahnya usia dan kelompok usia >75 tahun berisiko. Berdasarkan jenjang pendidikan yang tidak bersekolah secara bermakna lebih berisiko terkena hipertensi dibandingkan dengan yang lulus perguruan tinggi dan risiko tersebut menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan, sedangkan berdasarkan pekerjaan seseorang yang tidak bekerja dan bekerja sebagai petani, nelayan, buruh ditemukan lebih berisiko

terkena penyakit hipertensi (Rahajeng & Tuminah, 2009). Menurut Black (2014), pada keseluruhan insiden, hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Risiko pada pria dan wanita hampir sama antara usia 55 sampai 74 tahun, kemudian setelah usia 74 tahun wanita berisiko lebih besar. Hal ini dikarenakan jenis kelamin berpengaruh terhadap hipertensi karena setelah memasuki masa menopause prevalensi hipertensi pada wanita lebih tinggi daripada pria sebagai akibat dari faktor hormonal (Fitriani, 2011).

c. Genogram/Silsilah keluarga

Genogram adalah satu alat ukur untuk mengerti hubungan antara anggota keluarga, karena genogram dapat menggambarkan hubungan biologis dan antarpribadi antara anggota keluarga dari berbagai generasi. Genogram memberikan informasi tentang karakteristik, hubungan dan peristiwa-peristiwa yang penting untuk mengerti hubungan dalam keluarga (Ihromi, 2004). Pada genogram juga dapat mengetahui adanya riwayat penyakit pada anggota keluarga. Menurut Nurhidayat (2016), hipertensi bersifat diturunkan atau bersifat genetik. Individu dengan riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita penyakit hipertensi daripada individu yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

Keterangan simbol pada genogram :

- | | |
|--|---|
| 1. Laki-laki :  | 5. Tinggal serumah:  |
| 2. Perempuan :  | 6. Klien :  |
| 3. Meninggal :  | 7. Cerai :  |
| 4. Menikah :  | |
| 5. Hubungan darah:  | |

d. Tipe keluarga

Pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu: (Suprajitno, 2004)

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

Namun, dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualism, pengelompokan tipe keluarga selain kedua diatas berkembang menjadi :

- 1) Orang tua tunggal (single parent family) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya
- 2) Dyad family keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama serumah
- 3) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (the unmarried teenage mother)
- 4) The single adult living alone keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan
- 5) Kin network family beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama

e. Suku bangsa

Statistik mortalitas mengindikasikan bahwa angka kematian pada wanita berkulit putih dewasa dengan hipertensi lebih rendah pada angka 4,7%, pria berkulit putih pada tingkat terendah berikutnya yaitu 6,3% dan pria berkulit hitam pada tingkat terendah berikutnya yaitu 22,5%, angka kematian tertinggi pada wanita berkulit hitam pada angka 29,3%. Alasan peningkatan prevalensi hipertensi di antara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi peningkatannya dikaitkan dengan kadar rennin yang lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopresin, tingginya asupan garam dan tingginya stress lingkungan (Black, 2014). Menurut Bela, Djarwoto, dkk (2014), disebutkan bahwa tekanan darah tinggi lebih banyak diderita oleh orang kulit hitam (ras Negro) dibandingkan orang kulit putih. Hal ini kemungkinan disebabkan perbedaan genetik pada orang kulit putih dalam hal plasma renin, diuretik, dan *beta blockers*. Terjadinya

hipertensi pada kulit hitam disebabkan rendahnya aktivitas fisik, tingginya faktor tekanan psikososial, dan besarnya sensitivitas terhadap asupan garam.

f. Agama dan Kepercayaan

Mengkaji agama dan kepercayaan yang dianut oleh anggota keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan. Menurut Anggraieni, (2014), kegiatan keagamaan berupa berdoa dan berzikir dapat memperkecil resiko seseorang untuk menderita penyakit jantung dan hipertensi. Salah satu bentuk upaya meredakan ketegangan emosional yang cukup mudah dilakukan adalah dengan terapi relaksasi zikir. Teknik ini berguna untuk meredakan ketegangan emosional, sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

g. Status Sosial Ekonomi Keluarga

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

h. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga. Penggunaan waktu luang untuk aktivitas seperti berjalan-jalan merupakan salah satu aktivitas rekreasi yang dapat menurunkan tingkat stress pada penderita hipertensi (Khomarun, Nugroho, & dkk, 2013).

i. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

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

a) Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:

- (1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
- (2) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- (3) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
- (4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- (5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
- (6) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya

b) Tahap keluarga usia pertengahan (middle age family)

Tugas perkembangan keluarga:

- (1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- (2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
- (3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- (4) Persiapan masa tua/pensiun

c) Tahap keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga:

- (1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup

- (2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- (3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- (4) Mempertahankan hubungan perkawinan
- (5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- (6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- (7) Melakukan *life review* masa lalu

(Padila, 2011)

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Pada tahap ini menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

a) Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota pada keluarga inti, upaya pencegahan dan pengobatan pada anggota keluarga yang sakit, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

b) Riwayat penyakit keturunan

Menjelaskan kesehatan keluarga asal kedua orang tua. Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit hipertensi maka akan lebih beresiko tinggi untuk menderita penyakit hipertensi, hal ini dapat terjadi apabila pola hidup atau gaya hidup yang tidak sehat (Ulfa & Wahyuni, 2017).

c) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Pada riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dapat ditulis sebagai berikut :

1) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Mengkaji mengenai sumber pelayanan kesehatan yang digunakan atau dimanfaatkan oleh anggota keluarga yang sakit. Menurut Mulyati, Yetti, & dkk (2013), ada beberapa alasan interaksi antara petugas pelayanan kesehatan dengan pasien yang menyebabkan ketidakpatuhan baik dalam terapi obat-obatan maupun dietnya. Hal ini terjadi jika interaksi yang terlalu

singkat, terlalu bersikap formal, terlalu mengontrol atau adanya ketidakpuasan pasien dalam perawatan.

2) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Pada riwayat kesehatan ditemukan adanya perilaku merokok, stress, dan riwayat penyakit diabetes mellitus.

j. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Mengkaji gambar tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar dll). Dan juga mengkaji apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah ini. Menggambarkan kondisi rumah baik interior maupun eksterior rumah. Interior rumah meliputi jumlah kamar jumlah kamar dan tipe kamar (kamar tamu, kamar tidur dll), penggunaan-penggunaan kamar tersebut dan bagaimana kamar tersebut diatur (Harnilawati, 2013).

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

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

3) Mobilitas geografis keluarga

Menggambarkan mobilitas keluarga dan anggota keluarga. Mungkin keluarga sering berpindah-pindah tempat atau ada anggota keluarga yang tinggal jauh dan sering berkunjung pada keluarga yang di bina (Suprajitno, 2004).

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

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

5) Sistem pendukung keluarga

Yaitu jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas keluarga yang menunjang kesehatan (akses, jamsostek, kartu sehat, asuransi atau yang lain). Fasilitas fisik yang dimiliki anggota keluarga atau masyarakat, dan fasilitas sosial yang ada di sekitar keluarga yang dapat digunakan untuk meningkatkan upaya kesehatan (Suprajitno, 2004). Menurut Susanto Y (2015), dukungan keluarga sangat berperan dalam mendorong minat atau kesediaan bagi anggota keluarga yang sakit. Keluarga bisa menjadi motivator kuat yang selalu menyediakan diri untuk mendampingi atau mengantar anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan dan berusaha membantu dalam mengatasi segala permasalahan secara bersama-sama.

k. Struktur keluarga

1) Pola atau cara komunikasi keluarga

Menjelaskan bagaimana cara keluarga berkomunikasi, siapa pengambil keputusan utama dan bagaimana peran anggota keluarga dalam menciptakan komunikasi. Perlu dijelaskan pula hal-hal apa saja yang juga memengaruhi komunikasi keluarga (Suprajitno, 2004). Menurut Ramadani, Junaid, & dkk (2014), komunikasi yang baik akan meningkatkan keakraban antara anggota keluarga dengan penderita hipertensi sehingga membuat penderita hipertensi mendapatkan kepuasan tersendiri dalam menjalankan pengobatan.

a) Struktur kekuatan keluarga

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

b) Struktur peran

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

c) Nilai dan norma keluarga

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

1. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan suasana yang positif, perasaan memiliki, perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang dan *reinforcement*. Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan berhubungan dalam keluarga. Dengan demikian keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif (Efendi & Makhfudli, 2009).

2) Fungsi sosialisasi

Menjelaskan tentang hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar tentang disiplin, nilai, norma, budaya dan perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat (Suprajitno, 2004).

3) Fungsi perawatan keluarga

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan kebutuhan tugas perawatan keluarga (Suprajitno, 2004). Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan tentang pengobatan yang dapat mereka terima sehingga tidak akan terjadi adanya ketidakpatuhan dalam pengobatan (Gama, Sarmadi, & dkk, 2014).

4) Fungsi reproduksi

Menjelaskan tentang bagaimana rencana keluarga memiliki dan upaya pengendalian jumlah anggota keluarga, perlu juga diuraikan bagaimana keluarga menjelaskan kepada anggota keluarga tentang pendidikan seks yang dini dan benar kepada anggota keluarganya, dan untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumberdaya manusia (Ali, 2010).

5) Fungsi ekonomi

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

m. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

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

2) Stressor jangka panjang

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

3) Respon keluarga terhadap situasi

Mengkaji sejauh mana sekeluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

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

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

(Suprajitno, 2004).

n. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik harus mencakup penentuan akurat tekanan darah serta evaluasi organ sasaran:

1) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan berat badan

2) Pemeriksaan funduskopi untuk penyempitan arteri retinal, hemoragik, eksudat dan papilledema

3) Pemeriksaan leher untuk distensi vena, bruitkarotis dan pembesaran tiroid

- 4) Auskultasi jantung untuk meningkatnya denyut jantung, disritmia pembesaran, murmur
 - 5) Pemeriksaan perut untuk bruit, dilatasi aorta dan pembesaran ginjal
 - 6) Pemeriksaan ekstremitas untuk menghilangnya atau tidak derajat denyut perifer, edema dan ketidaksamaan denyut bilateral
- (Black, 2014).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga dapat bersifat aktual, risiko maupun sejahtera (potensial) tergantung dari garis pertahanan dalam keluarga yang terdapat stressor baik sehat maupun sakit. Tipologi diagnosa keperawatan keluarga dalam (Susanto T. , 2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Aktual berarti terjadi defisit/gangguan kesehatan dalam keluarga dan dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan
- 2) Risiko (ancaman kesehatan) berarti sudah ada data penunjang namun belum terjadi gangguan
- 3) Keadaan sejahtera (potensial atau *wellnes*) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera, sehingga kesehatan perlu ditingkatkan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Allen, 1998) dalam (Gusti, 2013). Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian, komponen diagnosa keperawatan meliputi:

a) Problem atau masalah

Adalah: suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga. Problem atau masalah digunakan rumusan NANDA (Suhari & Sulistyono, 2016). Masalah keperawatan yang dapat diambil pada pasien hipertensi adalah ketidakpatuhan.

Konsep Taksonomi Diagnosa Keperawatan yang diangkat

Taksonomi NANDA-I, Diagnosa ketidakpatuhan

Domain 1 : Promosi kesehatan

Kelas 2 : Manajemen kesehatan

Kode diagnosa : 00079

1) Definisi

Perilaku individu dan/atau pemberi asuhan yang tidak sesuai dengan rencana promosi kesehatan atau terapeutik yang ditetapkan oleh individu (dan/atau keluarga dan/atau komunitas) serta professional pelayanan kesehatan. Perilaku pemberi asuhan atau individu yang tidak mematuhi ketentuan, rencana promosi kesehatan atau terapeutik secara keseluruhan atau sebagian dapat menyebabkan hasil akhir yang tidak efektif atau sebagian tidak efektif secara klinis.

b) Etiologi

Suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu kepada lima tugas keluarga, yaitu: mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

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

c) Tanda dan Gejala

Pada pengumpulan data keluarga dan pasien dengan penyakit hipertensi biasanya didapatkan tanda adanya perilaku tidak taat dalam pengobatan maupun dietnya, mengingkari perjanjian dalam hal kontrol tekanan darah dan meminum obat. Selain itu, pada pasien hipertensi dapat terjadi ketidakpatuhan akibat dari ketidakmampuan anggota keluarga dalam menjalankan 5 tugas keluarga.

d) Menentukan prioritas masalah keperawatan keluarga

Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini :

- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari satu
- 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda-beda
- 5) Waktu yang dimiliki terbatas
- 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut

(Suhari & Sulistyono, 2016).

Tabel 2.4 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah:		1
• Tidak/kurang sehat	3	
• Ancaman kesehatan	2	
• Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah		2
• Dengan mudah	2	
• Hanya sebagian	1	
• Tidak dapat	0	
3. Potensial masalah untuk dicegah		1
• Tinggi	3	
• Cukup	2	
• Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah		1
• Masalah berat harus segera ditangani	2	
• Ada masalah, tetapi tidak perlu harus segera ditangani	1	
• Masalah tidak dirasakan	0	

Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
- 2) Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\text{Skoring} = \frac{\text{Nilai}}{\text{Nilai tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

(Gusti, 2013).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul (Gusti, 2013).

Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan jangka panjang (Tujuan Umum), tujuan jangka pendek (Tujuan Khusus), kriteria dan standart serta intervensi.

a. Langkah-langkah dalam rencana keperawatan keluarga (Gusti, 2013):

1) Menentukan sasaran atau goal (Tujuan Umum)

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemandirian klien (mengatasi problem NANDA). Dalam masalah ketidakpatuhan tujuan jangka panjangnya yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kunjungan rumah selama 3 kali pertemuan diharapkan kepatuhan klien dalam mengkonsumsi obat dan mengatur pola diet dapat terpenuhi.

2) Menentukan tujuan atau objektif (Tujuan Khusus)

Menekankan pada pencapaian hasil dari masing-masing kegiatan (mengatasi 5 tugas kesehatan keluarga). Dalam masalah ketidakpatuhan ini, tujuan jangka pendeknya yaitu, setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kunjungan rumah selama 3 kali pertemuan diharapkan :

- a) Klien dan keluarga dapat mengenal masalah kesehatan tentang hipertensi yang mengalami ketidakpatuhan
- b) Klien dan keluarga dapat mengambil tindakan kesehatan yang tepat dalam mengatasi hipertensi yang mengalami ketidakpatuhan
- c) Klien dan keluarga dapat memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami hipertensi yang mengalami ketidakpatuhan

- d) Klien dan keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi anggota keluarga yang mengalami hipertensi yang mengalami ketidakpatuhan
 - e) Klien dan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengatasi permasalahannya yang mengalami ketidakpatuhan.
- b. Penetapan kriteria dan standart
- 1) Kriteria
Adalah gambaran tentang faktor-faktor tidak tetap yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah selesai. Kriteria mengacu kepada 3 hal, yaitu: pengetahuan, sikap, dan psikomotor.
 - 2) Standart
Menunjukkan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan pelaksanaan yang sebenarnya. Standart akan memberitahukan apakah tingkat pelaksanaan yang dapat diterima atau keadaan yang bagaimana agar dapat mengatakan bahwa tindakan dilakukan berhasil atau tujuan tercapai. Standart mengacu kepada lima tugas keluarga. Dalam masalah ketidakpatuhan ini diharapkan keluarga dapat mengetahui, memutuskan tindakan yang tepat bagi anggota keluarga dan mencegah terjadinya resiko komplikasi akibat ketidakpatuhan dengan cara :
 - a) Klien patuh dalam pengobatan dan dietnya
 - b) Klien patuh dalam mengontrol tekanan darah dan meminum obat
 - c) Keluarga mampu membawa klien ke pelayanan kesehatan
 - d) Keluarga mampu memberikan perawatan kepada klien

(Ali, 2010)

c. Intervensi keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi keperawatan

Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
a. Hubungan caregiver	a. Dukungan Pengasuhan (<i>caregiver support</i>)
1) Komunikasi efektif	:
2) Saling menerima	1) Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver
3) Saling menghormati	2) Mengajarkan caregiver mengenai cara
4) Pemecahan masalah bersama	

-
- | | |
|---|--|
| <p>5) Rasa tanggung jawab</p> <p>b. Perilaku patuh : diet yang disarankan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berpartisipasi dalam menetapkan tujuan diet yang bisa dicapai dengan professional kesehatan 2) Memilih makanan dan cairan yang sesuai dengan diet yang ditentukan 3) Menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet <p>c. Manajemen diri : hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sering memantau tekanan darah 2) Mempertahankan target tekanan darah 3) Mengikuti diet yang disarankan 4) Mempertahankan berat badan yang optimal | <p>meningkatkan rasa aman bagi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memberikan informasi kepada caregiver mengenai dukungan pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan komunitas yang bisa diakses 4) Mengajarkan caregiver mengenai pemberian terapi bagi pasien sesuai dengan keinginan pasien 5) Memberikan dorongan kepada caregiver selama masa dimana pasien menunjukkan kemunduran 6) Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien <p>b. Pengajaran: Peresepan Diet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji tingkat pengetahuan mengenai diet yang disarankan 2) Jelaskan pada pasien dan keluarga mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum 3) Instruksikan kepada pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan <p>c. Konseling nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bina hubungan terapeutik berdasarkan saling rasa percaya dan saling menghormati 2) Kaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien 3) Berikan informasi mengenai perlunya memodifikasi diet bagi kesehatan, penurunan berat badan, pembatasan garam dan kolesterol |
|---|--|
-

(Moorhead, Johnson, & dkk, 2016) dan (Bulechek, Butcher, & dkk, 2016).

2.2.4 Implementasi keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan; mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping

Tindakan perawatan terhadap keluarga mencakup dapat berupa:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi: penyuluhan atau konseling
 - 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 setiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - 1) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - 2) Mengawasi keluarga, melakukan tindakan/perawatan
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

(Padila, 2011)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Metode evaluasi keperawatan yaitu:

a. Evaluasi formatif (proses)

Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan evaluasi formatif ini biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP.

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

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

A : analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnose keperawatan

P : perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi

(Suhari & Sulistyono, 2016).

b. Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan atau laporan ringkasan. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat ditinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang digunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER.

S (subjektif) : segala pernyataan atau keluhan pasien

O (objektif) : data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan

A (analisis) : kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif

P (planning) : rencana yang akan dilakukan terhadap masalah

I (implementasi) : pelaksanaan dari rencana yang dilakukan

E (evaluasi) : evaluasi dari pelaksanaan tindakan

R (revisi) : revisi dari perencanaan keperawatan yang akan diubah

(Suprajitno, 2004).

BAB 3. METODOLOGI PENULISAN

3.1 Desain Penelitian

Laporan kasus adalah laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan.

Pada penulisan ini, akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan

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

- a. Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses penerapan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dalam setting keluarga yang dilakukan pada dua keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang
- b. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg, dalam laporan kasus ini dibahas dua orang pasien yang di diagnosa hipertensi dalam rekam medis Puskesmas Sukodono Lumajang
- c. Ketidakpatuhan merupakan 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 profesional. Dalam laporan kasus ini dibahas dua pasien yang mengalami perilaku tidak taat dan mengingkari perjanjian dalam pengobatan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 keluarga yang memiliki masalah keperawatan ketidakpatuhan yang memenuhi kriteria :

- 3.3.1 Bertempat tinggal di wilayah Sukodono
- 3.3.2 Memiliki anggota keluarga dengan hipertensi
- 3.3.3 Bersedia menjadi responden dengan menanda tangani *informed consent*
- 3.3.4 Mengalami masalah keperawatan ketidakpatuhan yang meliputi :
 - a. Perilaku tidak taat : tidak taat dalam hal diet dan pengobatan
 - b. Mengingkari perjanjian : waktunya kontrol kesehatan tidak kontrol, waktunya jadwal minum obat tidak minum obat

3.4 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukodono Lumajang. Penelitian pada pasien 1 dilakukan pada kunjungan pertama tanggal 27 maret, kunjungan kedua tanggal 30 maret dan kunjungan ke tiga tanggal 2 april 2018, sedangkan pada pasien 2 kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 28 maret, kunjungan ke dua tanggal 30 maret dan kunjungan ke tiga tanggal 4 april 2018.

3.5. Pengumpulan Data

Pengumpulan data berawal dari mengirimkan surat perijinan ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dan ke Dinas Kesehatan Lumajang, setelah mendapatkan balasan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, Dinas Kesehatan Lumajang, maka surat dikirim ke Puskesmas Sukodono Lumajang, setelah surat mendapat persetujuan dan perijinan pengambilan pasien di Puskesmas Sukodono maka sesuai dengan yang telah direncanakan yaitu pengambilan pasien hipertensi. Penelitian ini dilaksanakan sesuai dengan metode pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan laporan kasus, diantaranya yaitu:

3.5.1 Wawancara

Peneliti menggunakan teknik wawancara kepada responden untuk mendapatkan data : hasil anamnesa berisi identitas pasien, keluhan yang

dirasakan, riwayat kesehatan keluarga, riwayat penyakit dahulu, tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, stress dan koping keluarga, fungsi keluarga, dan harapan keluarga.

3.5.2 Pemeriksaan fisik dan observasi

Observasi kepada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang akan dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI), observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik head to toe kepada pasien dan anggota keluarga. Dalam melakukan pemeriksaan fisik peneliti akan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, dan thermometer.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi yang telah dilakukan oleh penulis terkait dengan pengumpulan data pada kedua anggota keluarga yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan adalah menggunakan studi dokumentasi pada rekam medis yang ada di Puskesmas Sukodono yang menyatakan bahwa kedua anggota keluarga mengalami hipertensi.

3.6. Etika Penulisan

Peneliti apapun, khususnya yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Beberapa prinsip dalam pertimbangan etika meliputi: bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*) dan mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan.

Yang perlu dituliskan pada penyusunan laporan kasus meliputi:

3.6.1 *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden)

Peneliti melakukan *informed consent* atau lembar persetujuan kepada responden dengan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, poensial masalah

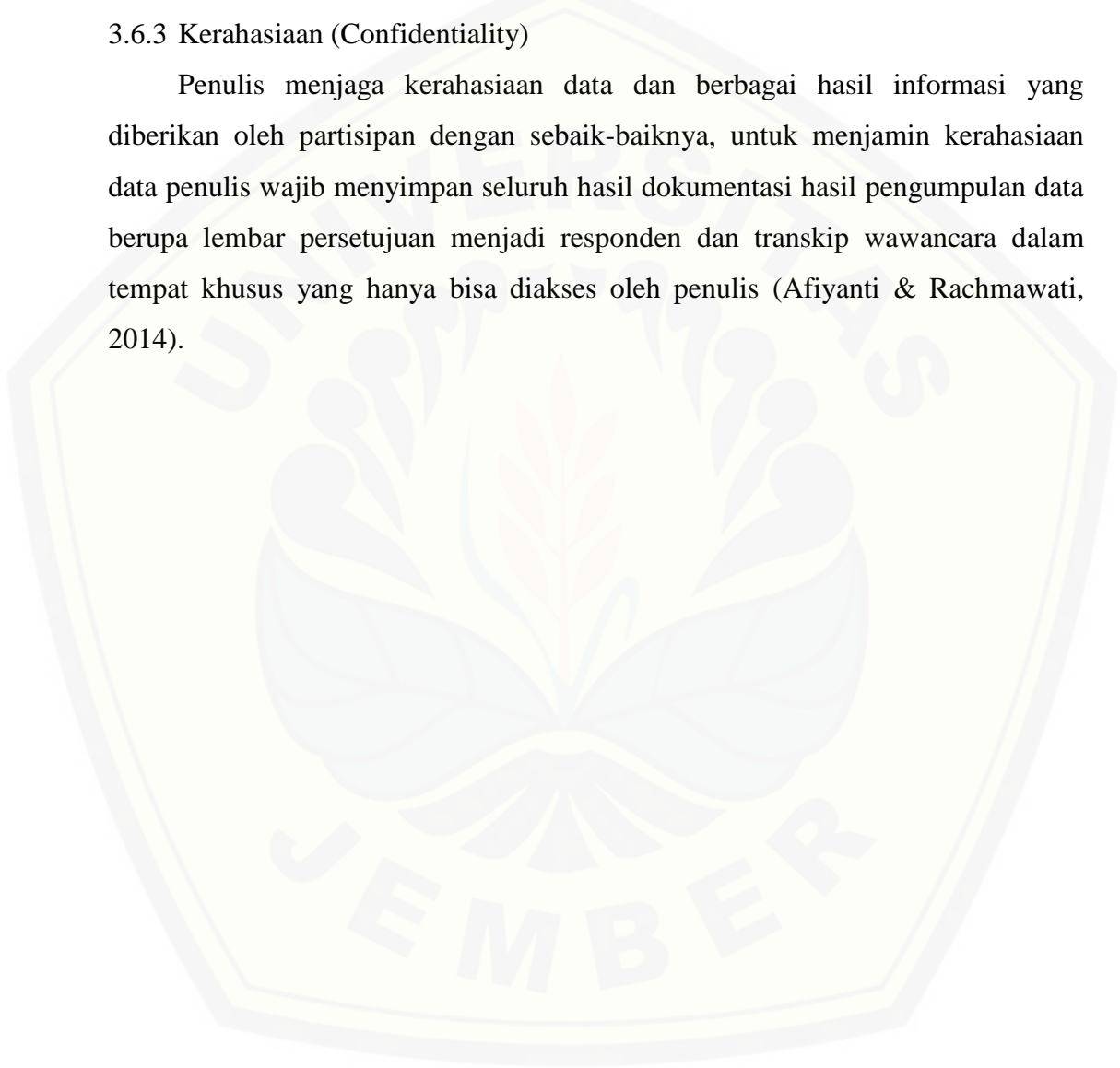
yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain (Hidayat, 2009).

3.6.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan.

3.6.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai hasil informasi yang diberikan oleh partisipan dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data penulis wajib menyimpan seluruh hasil dokumentasi hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan menjadi responden dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Rachmawati, 2014).



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan Hipertensi pada Tn. S dan Ny. M maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran, untuk perbaikan asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien 1 termasuk dalam tahap perkembangan keluarga anak remaja dimana anak tertua berumur 13 hingga 20 tahun), sedangkan pada pasien 2 termasuk dalam tahap perkembangan usia pertengahan atau berdua kembali. Kedua pasien ini mengalami penyakit hipertensi. Pada pasien 1 berusia 57 tahun dan tidak memiliki riwayat keturunan penyakit hipertensi. Pada saat melakukan pengkajian awal didapatkan tekanan darah pasien 1 yaitu 160/100 mmHg. Pasien 2 berusia 60 tahun dan mempunyai riwayat keturunan penyakit hipertensi, didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah yaitu 170/110 mmHg. Pada saat awal dilakukan pengkajian didapatkan data dari kedua anggota keluarga pasien masih belum mampu dalam menjalankan 5 tugas kesehatan keluarga.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa kedua pasien mengalami masalah keperawatan ketidakpatuhan. Dari lima batasan karakteristik NANDA dan NON NANDA tidak semua batasan karakteristik tersebut muncul pada kedua pasien. Pada kedua pasien tidak muncul adanya perkembangan komplikasi dari penyakit hipertensi, menunjukkan perburukan gejala dan gagal menunjukkan kemajuan

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Susunan intervensi yang akan dilakukan dan kriteria hasil pada tujuan umum mengacu pada Moorhead, Johnson, & dkk, (2016) dan Bulechek, Butcher,

& dkk, (2016). Sedangkan pada tujuan khusus mengacu pada lima tugas keluarga. Intervensi yang dilakukan pada kedua pasien dengan penyakit hipertensi ini ditekankan pada pemberian pendidikan kesehatan yang berupa pemahaman tentang penyakit dan diet yang baik bagi penyakit hipertensi.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kedua pasien dilakukan dalam 3 kali kunjungan keluarga. Intervensi dalam implementasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan catatan perkembangan dan evaluasi pengetahuan setiap kali kunjungan kepada kedua pasien. Memberikan pendidikan kesehatan yang mencakup konsep penyakit hipertensi dan diet untuk penyakit hipertensi dilakukan pada kunjungan pertama untuk membentuk persepsi atau memberikan pandangan kepada kedua pasien tentang penyakitnya. Selain itu implementasi yang dilakukan juga meliputi pembatasan jumlah dalam asupan garam saat memasak makanan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil yang dicapai dalam tiga kali kunjungan terhadap kedua pasien dengan hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan antara lain pasien sudah dapat diketahui bahwa kedua pasien mampu menghindari makanan yang dipantang, mampu mengetahui dampak dari ketidakpatuhan dalam pengobatan, keluarga dan pasien mampu memahami pentingnya memanfaatkan pelayanan kesehatan dan keluarga juga mau membawa pasien ke pelayanan kesehatan untuk kontrol kesehatannya. Selain itu, anggota keluarga dari pasien 1 dan pasien 2 juga sudah dapat menjalankan 5 tugas kesehatan keluarga.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan untuk lebih mengenal masalah kesehatan agar tatalaksana mandiri dapat dilakukan dengan tepat sehingga tidak terjadi adanya resiko komplikasi dari penyakit hipertensi tersebut

5.2.2 Bagi Perawat

Perawat harus berperan aktif dalam melakukan implementasi tindakan keperawatan terhadap pasien dengan penyakit hipertensi. Selain itu perawat perlu untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang modifikasi gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi.

5.2.3 Bagi Puskesmas

Diharapkan Puskesmas lebih meningkatkan upaya promosi kesehatan termasuk pencegahan terjadinya komplikasi pada penyakit hipertensi.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan untuk dapat memodifikasi dan mengembangkan intervensi menjadi lebih selektif untuk mengatasi masalah kesehatan pada pasien khususnya dengan penyakit hipertensi

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Anggraieni, W. N. (2014). Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir Untuk Menurunkan Stres Pada Penderita Hipertensi Esensial. *Jurnal Intervensi Psikologi*, Hal 81-102.
- Aspiani, R. Y., & Praptiani, W. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Black, J. M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC), 6th Indonesia edition*. Singapore: CV Mocomedia.
- Darmawan, D., & Zulfa, S. (2014). Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Motivasi Pasien Hipertensi Tentang Pelaksanaan Diet Hipertensi Di Poli Klinik Penyakit Dalam Rs. Rajawali Bandung. 1-18.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Efendi, H., & Larasati, T. (2017). Dukungan Keluarga dalam Manajemen Penyakit Hipertensi. *Majority*, Hal 34-40.
- Fitriani, A. (2011). Kondisi Sosial Ekonomi dan Stres pada Wanita Hipertensi Anggota Majelis Taklim. *Departemen Gizi Fakultas Kesehatan*, Hal 214-218.
- Fitrina, Y., & Harysko, R. O. (2014). Hubungan Karakteristik dan Motivasi Pasien Hipertensi Terhadap Kepatuhan Dalam Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Talang Kabupaten Solok Tahun 2014. *Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES YARSI SUMBAR Bukit tinggi*, 1-11.

- Gama, I. K., Sarmadi, I. W., & dkk. (2014). Faktor Penyebab Ketidapatuhan Kontrol Penderita Hipertensi. Hal 1-8.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hadi, C. (2015). Efektifitas Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga. *Mutiara Medika*, Vol. 15 No. 1: 67 - 74.
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA International Inc. nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hussein, R. D. (2014). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Puskesmas Oleh Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, Hal 33.
- Ibrahim. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Hipertensi . *Idea Nursing Journal*, 60-70.
- Ihromi, T. (2004). *Bunga Rampai Sosiologi Keluarga*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Khomarun, Nugroho, M. A., & dkk. (2013). Pengaruh Aktivitas Fisik Jalan Pagi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Stadium I Di Posyandu Lansia Desa Makamhaji. *Kementrian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta*, Hal 166-171.
- Kowalak, J. P. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kozier, B. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Lita. (2017). Faktor Risiko Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru. *Scientia Vol.7*, Hal 159-167.
- Mangunkusumo, C. (2009). *Penuntun Diit*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC), 5th Indonesia edition*. Singapore: CV Mocomedia.
- Mukhtaruddin, Agrina, & Utami, S. (2013). Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga yang Memiliki Lansia dengan Penyakit Hipertensi. 1-8.

- Nurhidayat, S. (2016). Perilaku Keluarga Dalam Mengontrol Faktor Risiko Penyakit Hipertensi Pada Masyarakat Desa Di Ponorogo. *Jurnal J.K.Mesencephalon, Vol.2 No.4*, Hal 260-266.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Padila. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putriastuti, L. (2016). Analisis Hubungan Antara Kebiasaan Olahraga Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pasien Usia 45 Tahun Keatas. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Hal 226-227.
- Putriastuti, L. (2016). Analisis Hubungan Antara Kebiasaan Olahraga Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pasien Usia 45 Tahun Keatas. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Hal 225-236.
- Rahajeng, E., & Tuminah, S. (2009). Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Hal 580-587.
- Ramadani, F., Junaid, & dkk. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Penderita Hipertensi Di Klinik Sumber Sehat Indrapuri Aceh Besar. *Idea Nursing Journal*, Hal 56-66.
- Riskesda. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Bakti Husada.
- Setyawan, D. M. (2014). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Pada Leher Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang . *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, Hal 1-11.
- Sugiyanto. (2016). Hubungan Peran Serta Kader Posyandu Dengan Perawatan Hipertensi Pada Lanjut Usia (Lansia) Di Desa Salamrejo Sentolo Kulon Progo. *Media Ilmu Kesehatan*, Hal 169-174.
- Suryana, M. A., & Prasetyo R, H. M. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga Tentang Makanan Rendah Garam Dengan Derajat Hipertensi Pada Lansia di Desa Tunggorono Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. 1098-1106.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarfa: Aplikasi teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Susanto, Y. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Cuka Kabupaten Tanah Laut. *Jurnal Ilmiah Manuntung*, Hal 62-67.
- Tjokroprawiro, A. P. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Surabaya: Airlangga University Press (AUP).

- Udjianti, W. J. (2013). *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ulfa, A., & Wahyuni, D. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di UPT Puskesmas Cileungsi Kabupaten Bogor Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Hal 15-20.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Wilkins, W. L. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Yanti, N. P., & dkk, I. A. (2016). Pengaruh Slow Deep Breathing Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Timur. *Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*, Hal 2.
- Yulanda, G., & Lisiswati, R. (2017). Penatalaksanaan Hipertensi Primer. *Majority*, 25-33.
- Yuli, R. A., & Praptiani, W. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH :STUDI KASUS

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

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : SUPRIYADI

Umur : 57 Tahun

Jeniskelamin : laki - laki

Alamat : gang tembus kebonagung sukodono , lumajang

Pekerjaan : tidak bekerja

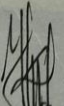
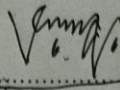
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S dan Ny. M yang Menderita Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang,2018

Mengetahui, Penanggung Jawab Penulisan	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
---	--

 (.....Yetti Rohetarsari.....)	 (.....Supriyadi.....)
--	---

Lampiran 3

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : MISTIK

Umur : 60 tahun

Jeniskelamin : PEREMPUAN

Alamat : Dawuhan Lor Rt 08. Kw - 02

Pekerjaan : PRT

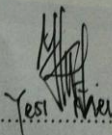
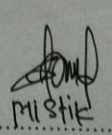
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. S dan Ny. M yang Menderita Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidapatuhan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang,2018

Mengetahui, Penanggung Jawab Penulisan	Yang Menyetujui, Peserta Penelitian
---	--

 (..... Yesti Menterani)	 (..... MISTIK)
--	--

SATUAN ACARA PENYULUHAN

HIPERTENSI



Disusun Oleh:

Yesi Meitasari

152303101091

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Penyakit Hipertensi
Sasaran	: Keluarga pasien dengan hipertensi
Hari/Tanggal	:
Waktu	: ±15 menit
Tempat	: Dirumah keluarga pasien dengan hipertensi

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran : Keluarga pasien dengan hipertensi
2. Penyuluh : Mahasiswa universitas jember kampus lumajang semester 6, mampu memberikan penyuluhan keperawatan keluarga.
3. Ruangan : Di rumah keluarga pasien dengan hipertensi

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum
Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Penyakit Hipertensi”, diharapkan Keluarga pasien dengan hipertensi setelah penyuluhan mampu memahami tentang penyakit hipertensi.
2. Tujuan Instruktusional Khusus
Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Penyakit Hipertensi”, diharapkan Keluarga pasien dengan hipertensi mampu untuk:
 1. Menyebutkan definisi hipertensi
 2. Menyebutkan penyebab penyakit hipertensi
 3. Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi
 4. Menyebutkan Jenis hipertensi

C. MATERI PENYULUHAN

1. Definisi hipertensi
2. Penyebab penyakit hipertensi
3. Tanda dan gejala hipertensi

4. Jenis hipertensi

D. METODE

1. Ceramah
2. Leaflet

E. PENYULUH

Yesi Meitasari

F. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan		Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Apersepsi 3. Relevansi 4. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 5. Melakukan kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menggali pengetahuan awal peserta 3. Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan 4. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 5. Melakukan kontrak waktu dengan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam dan mendengarkan 2. Mendengarkan dan menjawab 3. Mendengarkan dan memperhatikan 4. Mendengarkan dan memahami tujuan; 5. Mendengarkan dan menyepakati kontrak waktu 	3 menit

Penyajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi hipertensi 2. Penyebab penyakit hipertensi 3. Tanda dan gejala hipertensi 4. Jenis hipertensi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 2. Menjelaskan penyebab penyakit hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 3. Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi 4. Menjelaskan jenis jenis hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan 2. Mendengarkan dan memperhatikan penyebab penyakit hipertensi Mengajukan pertanyaan 3. Mendengarkan dan memperhatikan tanda dan gejala hipertensi 4. Mendengarkan dan memperhatikan jenis hipertensi; Mengajukan pertanyaan 	10 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali 2. Evaluasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali pemahaman peserta 2. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 	7 Menit

		menanyakan materi yang sudah dijelaskan		
	3. Tindak lanjut	3. Memberikan tindak lanjut	3. Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet	
	4. Kesimpulan	4. Menarik kesimpulan dan memberi leaflet	4. Mendengarkan kesimpulan dan menerima leaflet	
	5. Salam penutup	5. Mengucapkan salam penutup penyuluhan	5. Menyambut salam	

G. EVALUASI

1. Jelaskan definisi hipertensi!
2. Sebutkan penyebab hipertensi!
3. Sebutkan tanda dan gejala hipertensi!
4. Jelaskan jenis-jenis hipertensi!

H. MATERI

1) Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg (Aspiani, 2016).

2) Penyebab Hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

- a) Genetik: Respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na
- b) Obesitas: Terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c) Stress karena lingkungan
- d) Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Yuli & Praptiani, 2016)

3) Tanda dan Gejala Hipertensi

Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut.

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

Crowin (2000) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :

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

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi, yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah darihidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Yuli & Praptiani, 2016) .

4) Jenis Hipertensi

a) Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh factor berikut ini.

- a. Faktor keturunan
- b. Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi
- c. Ciri perseorangan
- d. Ciri erseorangan yang memengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- e. Kebiasaan hidup
- f. Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebihan, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin)

b) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin dikelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosterone tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang

berkaitan dengan kontasepsi orang juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani & Praptiani, 2016) .

I. DAFTAR PUSTAKA

Aspiani, R. Y. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.

Aspiani, R. Y., & Praptiani, W. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.

Yuli, R. A., & Praptiani, W. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

DIIT HIPERTENSI



Disusun Oleh:

Yesi Meitasari

152303101091

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Diit Hipertensi
Sasaran	: Keluarga pasien dengan hipertensi
Hari/Tanggal	:
Waktu	: ±15 menit
Tempat	: Dirumah keluarga pasien dengan hipertensi

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran : Keluarga pasien dengan hipertensi
2. Penyuluh : Mahasiswa universitas jember kampus lumajang semester 6, mampu memberikan penyuluhan keperawatan keluarga.
3. Ruangan : Di rumah keluarga pasien dengan hipertensi

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum
Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Diit Hipertensi”, diharapkan Keluarga pasien dengan hipertensi setelah penyuluhan mampu memahami Diit tentang hipertensi.
2. Tujuan Instruktusional Khusus
Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Diit Hipertensi”, diharapkan Keluarga pasien dengan hipertensi mampu untuk:
 - 1) Menyebutkan tujuan diit hipertensi
 - 2) Menyebutkan syarat-syarat diit hipertensi
 - 3) Menyebutkan macam-macam diit hipertensi
 - 4) Menyebutkan makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada hipertensi

C. MATERI PENYULUHAN

1. Tujuan diit hipertensi
2. Syarat-syarat diit hipertensi
3. Macam-macam diit hipertensi
4. Makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi

D. METODE

1. Ceramah
2. Leaflet

E. PENYULUH

Yesi Meitasari

F. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan		Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Apersepsi 3. Relevansi 4. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 5. Melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menggali pengetahuan awal peserta 3. Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan 4. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 5. Melakukan kontrak waktu dengan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam dan mendengarkan 2. Mendengarkan dan menjawab 3. Mendengarkan dan memperhatikan 4. Mendengarkan dan memahami tujuan; 5. Mendengar- 	3 menit

	kontrak waktu		kan dan menyepakati kontrak waktu	
Penyajian	<p>1. Tujuan diit hipertensi</p> <p>2. Syarat-syarat diit hipertensi</p> <p>3. Macam-macam diit hipertensi</p> <p>4. Makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi</p>	<p>1. Menjelaskan tujuan diit hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>2. Menjelaskan syarat-syarat diit hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>3. Menyebutkan macam-macam diit hipertensi</p> <p>4. Menjelaskan makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p>	<p>1. Mendengarkan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan</p> <p>2. Mendengarkan dan memperhatikan syarat-syarat diit hipertensi Mengajukan pertanyaan</p> <p>3. Mendengarkan dan memperhatikan macam-macam diit hipertensi</p> <p>4. Mendengarkan dan memperhatikan makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi; Mengajukan pertanyaan</p>	10 menit

Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali 2. Evaluasi 3. Tindak lanjut 4. Kesimpulan 5. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meninjau kembali pemahaman peserta 2. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan materi yang sudah dijelaskan 3. Memberikan tindak lanjut 4. Menarik kesimpulan dan memberi leaflet 5. Mengucapkan salam penutup penyuluhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh 3. Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet 4. Mendengarkan kesimpulan dan menerima leaflet 5. Menyambut salam 	8 Menit
---------	---	--	--	---------

G. EVALUASI

1. Jelaskan tujuan diet hipertensi ?
2. Sebutkan syarat-syarat diet hipertensi!
3. Sebutkan macam-macam diet hipertensi!
4. Sebutkan makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi!

H. MATERI

1. Tujuan diit hipertensi

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

2. Syarat-syarat diit hipertensi

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

3. Macam-macam diit hipertensi

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

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

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

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

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

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

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

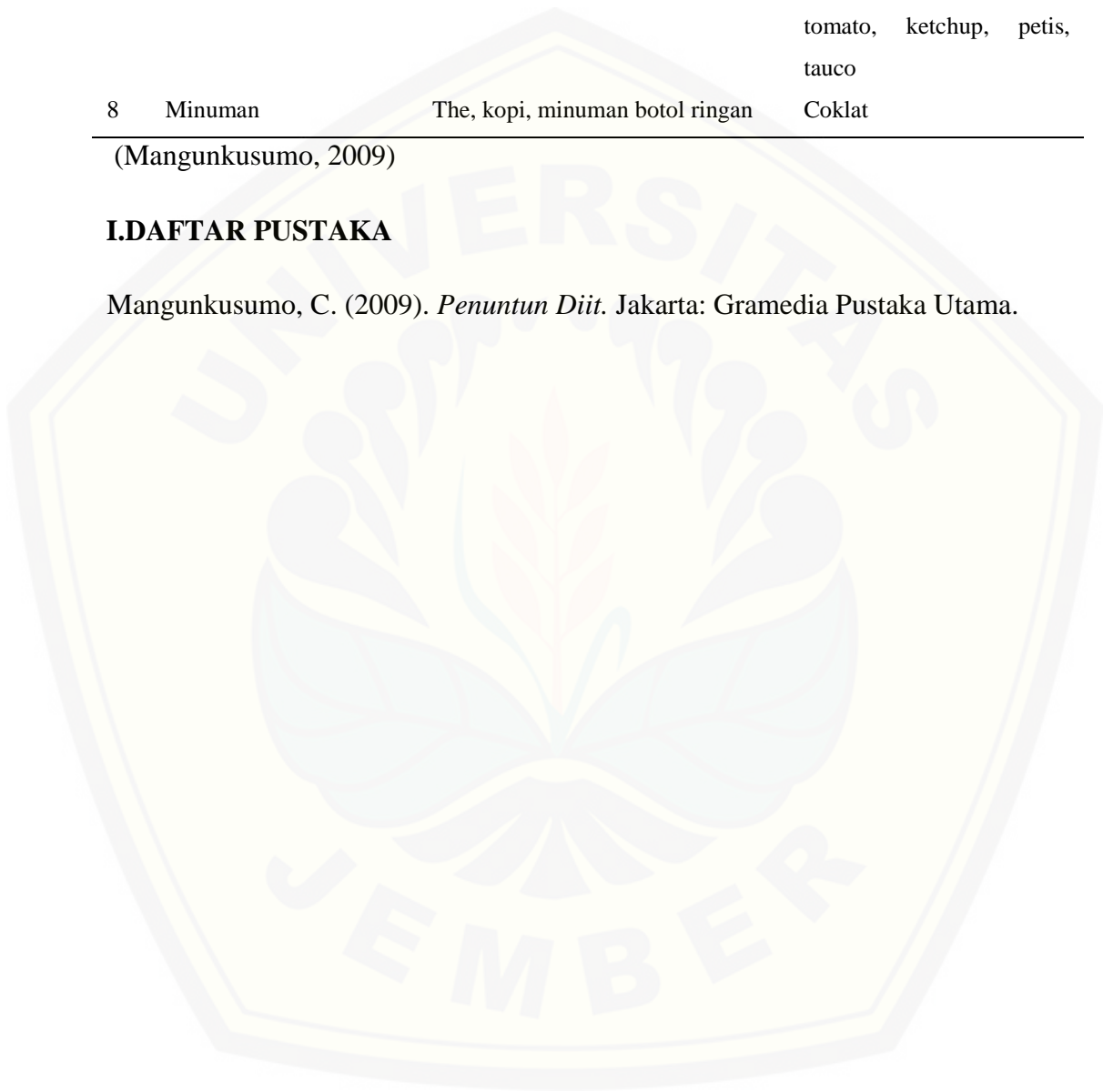
4) Makanan yang boleh dan yang tidak boleh diberikan pada hipertensi

No	Golongan bahan makanan	Makanan yang boleh diberikan	Makanan yang tidak boleh diberikan
1	Sumber hidrat arang	Beras, bulgur, kentang, singkong, terigu, tapioca, hunkwee, gula, makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut di atas tanpa garam dapur dan soda seperti: macaroni, mi, bihun, roti, biskuit, kue kering dan sebagainya	Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur dan atau soda
2	Sumber protein hewani	Daging dan ikan maksimum 100 g sehari; telur maksimum 200 g sehari	Otak, ginjal, lidah, sardine, keju: daging, ikan, dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti: daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, ikan asin, ikan kaleng, kornet, ebi, udang kering, telur asin, telur pindang dan sebagainya
3	Sumber protein nabati	Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa garam	Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan lain ikatan natrium
4	Sayuran	Semua sayuran segar; sayuran yang diawet tanpa garam dapur, natrium benzoas dan soda	Sayuran yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, acar dan sebagainya
5	Buah-buahan	Semua buah-buahan segar; buah-buahan yang diawet tanpa garam dapur, natrium benzoas dan soda	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium
6	Lemak	Minyak, margarine tanpa garam, mentega tanpa garam	Margarine dan mentega biasa

- | | | | |
|---|-------------|--|--|
| 7 | Bumbu bumbu | Semua bumbu-bumbu segar dan kering yang tidak mengandung garam dapur dan lain ikatan natrium | Garam dapur, baking powder, soda kue, vetsin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti: kecap, terasi, magi, tomato, ketchup, petis, tauco |
| 8 | Minuman | The, kopi, minuman botol ringan | Coklat |
-
- (Mangunkusumo, 2009)

IDAFTAR PUSTAKA

Mangunkusumo, C. (2009). *Penuntun Diet*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.





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 : 072/427.75/2018

- 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 UNEJ Lumajang Nomor: 194/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 14 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama YESI MEITASARI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : YESI MEITASARI
2. Alamat : Gesang Kebonan
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 15230310191
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 di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018.
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 01 Maret 2018 s/d 31 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Puskesmas Sukodono Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnyanya 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, 28 Februari 2018

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 Sukodono Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL,

Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 19620801 199303 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN

Jl. Jend. S. Parman No. 13 Telp. (0334) 881066 Fax. 885184
LUMAJANG – 67316

Lumajang, 12 Maret 2018

Nomor : 800.2/ ¹⁶⁴⁸ /427.55/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada:
Yth. Sdr. Ka. Puskesmas Sukodono
di-
LUMAJANG

Menindak lanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang nomor: 072/390/427.75/2018, tanggal 28 Februari 2018 perihal: Surat Pemberitahuan untuk Melakukan Survey/ KKN/ PKL, maka bersama ini kami hadirkan mahasiswa D3 Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang akan melakukan penelitian tanggal 01 Maret – 31 Mei 2018 A.n :

NAMA : YESI MEITASARI

NIM : 152303101091

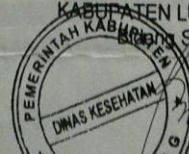
ALAMAT : Gesang

JUDUL/ TEMA : Asuhan Keperawat Keluarga Yang Anggota keluarganya Mengalami Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Ketidakpuasan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukodono Lumajang Tahun 2018

Selanjutnya kepada yang bersangkutan agar dibantu serta diberikan bimbingan sebagaimana mestinya.

Demikian atas kerja sama saudara disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN LUMAJANG
Pemerintah Kabupaten Lumajang




Dra. RIA GERNERINA M.M

U M Pembina

NIP. 19620628 198303 2 015

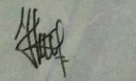

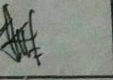

Lembar Konsul

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

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : YESI MEITASARI
N I M : 52903101091
PROGRAM STUDI : D3 KEPERAWATAN
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan di wilayah kerja Puskesmas Jemberono.

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	15/2018 /1	Konsul BAB 1.	<ul style="list-style-type: none"> o Revisi skala, harus dari umum ke khusus o Revisi penulisan 		
2.	17/2018 /1	Revisi Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> o lebih ke keluarga. o Asuhan hipertensi dengan ketidakpatuhan. 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	23/2018 /1	Konsul Bab 3.	<ul style="list-style-type: none"> • revisi partisipan. • revisi penulisan dan spasi. 		
4.	25/2018. /1	Konsul Bab 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisi masalah dan intervensi untuk pakus ke keluarga. 		
5.	26/2018 /1	Konsul Bab 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum tajam dan spesifik. 		
6.	5/2018 /2	Konsul Bab 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Dampak dari masalah yang terjadi belum jelas. 		
7.	5/2018. /2	Konsul Bab 3.	<ul style="list-style-type: none"> • Bab 3 Acc • cek kembali penulisan. 		
8.	8/2018 /2	Konsul Bab 1.	<ul style="list-style-type: none"> • Bab 1 ACC, cek kembali penulisan. 		
9.	12/2018. /2	Konsul Bab 2.	<ul style="list-style-type: none"> • revisi faham • daftar tabel di posh judul. 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10.	Rabu 7/3 2018	Konsul Bab 2.	o, Daftar tabel o,		
12	Jelasa 17/2018 /4	Konsul bab 4.	o. Eneogram 3 generasi o. Lokasi pengambilan data mencakup kedua pasien o. Pembahasan FTO (fakta teori opini)		
13.	Rabu 16/5 2018	Konsul bab 4.	Pembahasan teori yang spesifik		
14	Jenin 21/2018 /5	konsul bab 4.	Pembahasan dari awal FTO selanjutnya harus FTO.		
15	Jelasa 22/2018 /5	Konsul bab 4. + 5.	Ukuran font, sajian tabel, spasi menyesuaikan dibuku panduan PPKI Unej.		
16	Rabu 23/2018 /5	Konsul bab 4 dan 5.	Pembahasan, Intervensi dan Implementasi		
17.	Kamis/2018 29/5	Konsul bab 4 dan 5	Daftar tabel may sdrng		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
18.	31/2018. /5	Revisi pasca sidang (penguji 1)	<ul style="list-style-type: none"> o. Intervensi kepatuhan o. Spasi pada daftar pustaka. o. Evaluasi Keperawatan dijabarkan 		
19	4/2018 /6	Revisi pasca sidang (penguji 2)	<ul style="list-style-type: none"> - DP - Bab I sumber dat 		
20	6/2018 /6	Revisi pasca sidang (penguji 1)	<ul style="list-style-type: none"> - DP - sumber data 		
21	8/2018. /6	Revisi pasca sidang (penguji 1)	ace, gila		
22.	11/2018. /6	Revisi pasca sidang (penguji 2) -> Via Email	<ul style="list-style-type: none"> o. Etiologi -> meningkat/ menurun) o. Yang ada dalam kurung hanya tahun, nama pengarang tidak didalam kurung. o. Setelah titik beri spasi 2 ketuk. o. label spacing o. hub. status ekonomi dengan kejadian hipertensi 		
23	5/2018 /7	Revisi pasca sidang (penguji 2).	<ul style="list-style-type: none"> o. Ringkasan -> intervensi. o. penulisan judul. o. Analisa data lebih 		
24.	6/2018. /7	Revisi pasca sidang (penguji 2)	<ul style="list-style-type: none"> o. Ringkasan -> intervensi. o. penulisan judul. o. Analisa data lebih 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
18.	31/2018. /5	Revisi pasca sidang (Penguji 1)	<ul style="list-style-type: none"> o. Intervensi keparuhuan o. Spasi pada daftar pustaka. o. Evaluasi Keperawatan dijabarkan. 		
19	4/2018 /6	Revisi pasca sidang (Penguji 2)	<ul style="list-style-type: none"> - DP - Bab I sumber dat 		
20	6/2018 /6	Revisi pasca sidang (Penguji 1)	<ul style="list-style-type: none"> - DP - Sumber data 		
21	8/2018. /6	Revisi pasca sidang (Penguji 1)	Ace, judul		
22.	11/2018. /6	Revisi pasca sidang (Penguji 2) -> Via Email	<ul style="list-style-type: none"> o. Etiologi -> meningkat/ menurun) o. yang ada dalam kurung hanya tahun, o. nama pengarang tidak didalam kurung. o. setelah titik beri spasi 2 ketuk. o. label skripsi o. hub. siparis ekonomi dengan kejadian hipertensi 		
23	5/2018 /7	Revisi pasca sidang (Penguji 2).	<ul style="list-style-type: none"> o. Ringkasan -> Intervensi. o. penulisan judul. o. Analisa data lebih 		
24.	6/2018. /7	Revisi pasca sidang (Penguji 2)	<ul style="list-style-type: none"> o. Ringkasan -> Intervensi. o. penulisan judul. o. Analisa data lebih 		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
ds.	9/2018. /9	Revisi pasca sidang (perguruan 2).	Acc revisi -	