

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPERHENSIF
PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”



GREGORIUS ANGGARA TADON
NIM: PO.530320115021

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPERHENSIF
PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



GREGORIUS ANGGARA TADON
NIM: PO.530320115021

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Gregorius Anggara Tadon, NIM: PO. 530320115021 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPERHENSIF PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh :

Gregorius Anggara Tadon
NIM: PO. 530320115021

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji

Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada

Tanggal 26 Juni 2018

Pembimbing

Rohana Mochsen, SKp., M.Kes
NIP. 195704161980102001

LEMBAR PENGESAHAN
STUDI KASUS
“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPERHENSIF PADA ANGGOTA
KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”

Disusun Oleh :

Gregorius Anggara Tadon
NIM: PO.530320115021

Telah Diuji Pada Tanggal, 28 Juni 2018

Dewan Penguji

Penguji I

Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan

M. Margaretha U. W., SKp., MHSc
NIP. 195602171986032001

Penguji II

Rohana Mochsen, SKp., M.Kes
NIP. 195704161980102001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Gregorius Anggara Tadon

NIM : PO.530320115021

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 28 Juni 2018
Pembuat Pernyataan

Gregorius Anggara Tadon
NIM PO.530320115021

Mengetahui

Pembimbing

Rohana Mochsen, SKp., M.Kes
NIP:195704161980102001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Gregorius Anggara Tadon
Tempat tanggal lahir : Gresik, 20 September 1997
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Jln. Adi Sucipto No. 44. Kel. Penfui Kec. Maulafa
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK Angkasa Penfui Tahun 2002
2. Tamat SDK St. Arnoldus Yansen Penfui Tahun 2009
3. Tamat SMPK Giovanni Kupang Tahun 2012
4. Tamat SMK Kesehatan Nusantara Kupang Tahun 2015
5. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“ Belajar dari kemarin, hidup untuk hari ini, berharap untuk hari besok. Dan yang terpenting adalah jangan sampai berhenti bertanya.”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan **“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA KOMPERHENSIF PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”**

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Rohana Mochsen, SKp., M.Kes, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu M. Margaretha U. W., SKp., MHSc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

5. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Ibu dr. E. Evalina Corebima, selaku kepala Puskesmas Sikumana yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana.
7. Ibu Maria Hildegardis Meo, AMd.Kep., selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
8. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha Puskesmas Sikumana yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Bapa dan Mama tercinta yang telah membesarkan dan mendidik saya serta kakak, ade, tante dan om yang memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Orang-orang terdekat Anitha Ninus, Anytha Liwupung, Aeswany Lende, Irene Redu, Juliana Sura mangu serta Pak Zakri CS yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Teman - teman angkatan 2015 tingkat III Reguler B khususnya Generation Nurse A (GNA24) yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 28 Juni 2018

Penulis

ABSTRAK

Nama: Gregorius Anggara Tadon

NIM: PO.530320115021

Hipertensi adalah Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistoliknyanya ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Lama penanganan hipertensi lebih dari golden period akan menimbulkan kecacatan tetap pada penderita hipertensi. Kejadian hipertensi tidak hanya menimpa penderitanya melainkan juga mempengaruhi kehidupan keluarga. Salah seorang anggota keluarga mendadak menjadi tidak berdaya, menghilang perannya di keluarga dan menjadi beban keluarga. Situasi ini akan bertambah sulit apabila hanya ada satu anggota keluarga yang merawat penderita hipertensi. Keluarga membutuhkan bimbingan untuk mengantisipasi dan memprioritaskan kebutuhan, mempelajari strategi dan mengatasi masalah yang ditimbulkan.

Tujuan dari studi kasus ini adalah melihat pengaruh asuhan keperawatan keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dengan Hipertensi yang difokuskan pada tugas keluarga dibidang kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga nampak perubahan dan reaksi yang ditunjukkan dari perilaku keluarga dimana keluarga mampu mengenal masalah kesehatan hipertensi dan dapat menjelaskannya kembali, mempertimbangkan untuk berobat dengan menggunakan obat yang didapatkan dari dokter, keluarga mampu merawat pasien secara langsung dalam mengatur diet dan latihan fisik pasien hipertensi yang tepat.

Secara umum terdapat perbedaan perilaku keluarga sebelum diberikan asuhan keperawatan keluarga dan setelah diberikan asuhan keparawatan keluarga dimana sangat besar pengaruhnya terhadap kemampuan keluarga dan sangat bermanfaat bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dengan Hipertensi. Masalah yang belum teratasi adalah mengambil keputusan untuk Melakukan pengobatan terapi hipertensi dengan menggunakan obat yang didapatkan dari dokter.

Kata Kunci: Hipertensi, Asuhan Keperawatan Keluarga, Fungsi Pemeliharaan Kesehatan Keluarga.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	5
1.3 Manfaat Studi Kasus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	6
2.2 Konsep Dasar Keluarga	11
2.3 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Keluarga.....	16
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	43
3.1 Hasil Studi Kasus	43
3.2 Pembahasan	68
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	92
BAB 4 PENUTUP	93
4.1 Kesimpulan	93

4.2 Saran	93
DAFTAR PUSTAKA	x
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall, 2008).

Dalam rangka mendukung pembangunan nasional bidang kesehatan terutama untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, maka profesi perawat berkontribusi melalui pengembangan pelayanan keperawatan keluarga. Pelayanan keperawatan keluarga salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat mendukung terciptanya kemandirian keluarga dalam mengatasi masalahnya dengan lima fungsi keluarga yang dijalankan dengan baik tanpa adanya masalah. Kelima fungsi keluarga yaitu: keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga mampu memodifikasikan lingkungan dengan baik, dan yang terakhir keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan (Friedman, 1988).

Hipertensi adalah keadaan di mana tekanan darah mengalami peningkatan yang memberikan gejala berlanjut pada suatu organ target di tubuh. Dalam keluarga jika ada anggota keluarga yang menderita hipertensi dan tidak menjalankan kelima fungsi keluarga tersebut dengan baik hal ini dapat menimbulkan kerusakan yang lebih berat, misalnya stroke (terjadi pada otak dan menyebabkan kematian yang cukup tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi kerusakan pembuluh darah jantung), dan

hipertrofi ventrikel kiri (terjadi pada otot jantung). Sehingga diharapkan peran keluarga sangatlah penting dalam proses memelihara dan mendukung keluarga untuk bisa mencapai derajat kesehatan yang baik. Peran serta keluarga ini berkaitan dengan penyiapan diet yang tepat bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi, kepatuhan minum obat hipertensi, dan aktifitas yang harus dilaksanakan untuk anggota keluarga yang menderita hipertensi. (Kowalak, 2016).

Umumnya penyakit hipertensi terjadi pada orang yang sudah berusia lebih dari 40 tahun. Terlebih disaat ini dengan pergeseran pola penyakit dari penyakit sekunder ke penyakit tidak menular pada usia 15 tahun keatas, seseorang lebih beresiko untuk terkena penyakit hipertensi. Penyakit ini biasanya tidak menunjukkan gejala yang nyata dan pada stadium awal belum menimbulkan gangguan yang serius pada kesehatan penderitanya (Gunawan, 2012).

Hipertensi sering disebut sebagai “*the silent killer*” karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak tahu kalau dirinya mengidap hipertensi tetapi kemudian mendapatkan dirinya sudah terdapat penyakit penyulit atau hipertensi. Hasil Riskesda 2013 dan studi di puskesmas diketahui bahwa hanya sepertiga penderita hipertensi (36,8%) yang terdiagnosa oleh tenaga kesehatan dan hanya 0,7 % yang minum obat. prevelensi hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil pengukuran pada umur 18 tahun sebesar 25,8%. jadi cakupan nakes hanya 36,8 %, sebagian besar (63,2%) kasus hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosis. hipertensi mengakibatkan kematian sekitar 8 juta/tahun.

Di dunia diperkirakan 7,5 juta kematian disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Pada tahun 1980 jumlah orang dengan hipertensi ditemukan sebanyak 600 juta dan mengalami peningkatan menjadi hampir 1 milyar pada tahun 2008 (WHO, 2013). Hasil riset WHO pada tahun 2007 menetapkan hipertensi pada peringkat tiga sebagai faktor resiko penyebab kematian dunia. Hipertensi telah menyebabkan 62% kasus stroke, 49% serangan jantung setiap tahunnya (Corwin, 2007).

Di Indonesia sendiri, berdasarkan hasil riset kesehatan tahun 2007 diketahui bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia sangat tinggi, yaitu rata-rata 3,17% dari total penduduk dewasa. Hal ini berarti dari 3 orang dewasa, terdapat 1 orang yang menderita hipertensi (Riskesdas, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riskesdas 2013 menemukan prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 25,8% (Riskesdas, 2013).

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah ditemukan prevalensi sebesar 23,3% dengan urutan pertama pada Kabupaten Ngada dengan total presentase 29,8% dan yang menempatkan posisi terendah pada kabupaten Sumba Barat Daya dengan presentase 16,4% (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan data di Puskesmas Sikumana di tahun 2017 penyakit hipertensi menjadi urutan ke 6 dari 10 penyakit terbesar di Puskesmas Sikumana dengan jumlah kasus yang menderita hipertensi ditempat tersebut terdapat 773 jiwa yang menderita penyakit hipertensi.

Program Indonesia sehat dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan program Indonesia sehat melalui pendekatan keluarga, yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga.

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

Peran perawat dalam penatalaksanaan hipertensi meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan pemberian asuhan keperawatan keluarga pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan masalah hipertensi. Dalam hal ini perawat dapat melakukan pengkajian (pengumpulan data, identitas, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan kesehatan yang lengkap). Selanjutnya perawat dapat menegakan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian, merencanakan tindakan dan melakukan tindakan sesuai dengan masalah yang nampak pada pasien dan mengevaluasi seluruh tindakan yang telah dilakukan.

Berdasarkan hasil tersebut di atas penulis tertarik untuk mengetahui secara lebih mendalam tentang “Asuhan Keperawatan Keluarga Komperhensif Dengan Anggota Keluarga Menderita Hipertensi Dengan Pendekatan Keluarga Sehat di wilayah kerja Puskesmas Sikumana”

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dengan Hipertensi.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengenal masalah Hipertensi.
2. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan Hipertensi.
3. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi.
4. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam menyiapkan lingkungan yang sehat bagi penderita Hipertensi.
5. Mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat Teori

Untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sikumana.

1.3.2 Manfaat Praktis

Sebagai masukan bagi institusi puskesmas agar memberikan motivasi perawat dalam melakukan perawatan yaitu dengan kegiatan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sikumana.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

2.1.1 Defenisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Pada populasi manula hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Brunner & Suddart, 2015).

Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. disebut sebagai “pembunuh diam-diam” karena orang dengan hipertensi sering tidak menampakan gejala (Nurarif, 2015).

2.1.2 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

1. Hipertensi Primer (hipertensi esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. factor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis system renin, angiotensin dan peningkatan Na^+ Ca intraseluler. factor-faktor yang meningkatkan resiko yaitu: obesitas, merokok, alcohol polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stres.

2. Hipertensi sekunder

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: koarktasio aorta, stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, pemakaian preparat kontrasepsi oral, kokain, epoetin alfa dan hipertensi yang ditimbulkan oleh kehamilan (Nurarif, 2015).

2.1.3 Klasifikasi

Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan sesuai dengan rekomendasi dari “*The Sixth Report of The Joint National Committee, Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure*“(JNC – VII, 2003) sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun keatas		
Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Pre-hipertensi	130-139	85-89
Hipertensi		
Stadium 1 (ringan)	140-159	90-99
Stadium 2 (sedang)	160-179	100-109
Stadium 3 (berat)	180-209	110-119
Stadium 4 (sangat berat)	≥ 210	≥ 120

Sumber: Kemenkes RI (2017).

2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin. yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah

terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi. Kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin 1 yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II. Suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pertimbangan Gerontologis. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Brunner & Suddarth, 2015).

2.1.5 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

1. Tidak ada gejala

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

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan, dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa keluhan-keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain: Sakit kepala, Perasaan gelisah, Jantung berdebar-debar, Pusing, Penglihatan kabur, Rasa sakit di dada, Leher terasa tegang, Mudah Lelah, dan Mual muntah (Nurarif, 2015).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengidentifikasi faktor-faktor resiko seperti hipokoagulabilitas dan anemia. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glukosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM. CT-Scan: mengkaji adanya tumor cerebral, ensefalopati. EKG: Dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal.

Radiologi: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nurarif, 2015).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan:

1. Terapi non farmakologi

Pada saat seseorang ditegakkan diagnosanya hipertensi derajat satu, maka yang pertama dilakukan adalah mencari factor risiko apa yang ada. kemudian dilakukanlah upaya untuk menurunkan factor resiko yang ada. Dilakukan upaya untuk menurunkan factor risiko yang ada dengan memodifikasi gaya hidup, sehingga dapat dicapai tekanan darah yang diharapkan. Bila dalam waktu 1 (satu) bulan tidak tercapai tekanan darah normal, maka terapi obat diberikan. Bila hipertensi derajat dua maka intervensi obat diberikan bersamaan dengan memodifikasi gaya hidup.

2. Terapi farmakologi

Tatalaksanaan hipertensi dengan obat dilakukan bila dengan perubahan pola hidup tekanan darah belum mencapai target (masih $\geq 140/90$ mmHg) atau $> 130/80$ mmHg pada diabetes atau gagal ginjal kronik. Pemilihan obat berdasarkan ada/tidaknya indikasi khusus. bila tidak ada indikasi khusus pilihan obat tergantung dari derajat hipertensi. Terdapat 9 kelas obat antihipertensi dan obat ini baik sendiri atau kombinasi, harus digunakan untuk mengobati pasien. kebanyakan pasien dengan hipertensi memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Penambahan obat kedua dari kelas yang berbeda dimulai apabila pemakaian obat dosis tunggal dengan dosis lazim gagal mencapai

target tekanan darah. apabila tekanan darah melebihi 20/10 mmHg diatas target, dapat dipertimbangkan untuk memulai terapi dengan dua obat (Kemenkes, 2017).

2.1.8 Komplikasi

Tekanan darah tinggi dalam waktu lama akan merusak pembuluh darah sehingga mempercepat terjadinya penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri. komplikasi dari hipertensi termaksud rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar. hipertensi adalah factor risiko utama untuk penyakit serebrovaskular (stroke, transient ischemic attack), penyakit arteri coroner (infark myocard, angina), gagal ginjal, demensia, dan atrial fibrilasi. menurut studi Framingham, pasien dengan hipertensi mempunyai peningkatan risiko yang bermakna untuk penyakit coroner, stroke, penyakit arteri perifer, dan gagal jantung (Kowalak, 2016).

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Sudiharto, 2007: 22). Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall, 2008).

2.2.2 Bentuk Atau Tipe Keluarga

Bentuk/type keluarga menurut Suprayitno (2004), yaitu :

1. Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran (*natural*) maupun adopsi.

2. Keluarga besar (*Extended Family*)

Keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu termasuk keluarga modern, seperti orangtua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*gay/lesbian families*).

3. Keluarga bentukan kembali (*Dyadic Family*)

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak, atau anak-anak mereka telah tidak tinggal bersama.

4. Orang tua tunggal (*Single Parent Family*)

Keluarga inti yang suami atau istrinya telah bercerai atau meninggal dunia.

5. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*The Unmarried Teenage Mother*)

Keluarga inti ibu dengan anak tanpa perkawinan

6. Keluarga berjenis kelamin sama (*Gay And Lesbian Family*)

Keluarga yang di bentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama baik dengan atau tanpa perkawinan yang sah.

2.2.3 Tahap Dan Tugas Perkembangan Keluarga

Menurut Friedman (dalam Suprajitno, 2004), tahap dan tugas perkembangan keluarga sebagai berikut:

Tabel 2.2 Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga	Tugas perkembangan keluarga
1. Keluarga baru menikah	a. Membina hubungan yang harmonis dan memuaskan b. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial c. Mendiskusikan rencana memiliki anak
2. Keluarga dengan anak baru lahir	a. Persiapan menjadi orang tua b. Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga baru, kegiatan, dan hubungan seksual c. Mempertahankan hubungan untuk memuaskan pasangan
3. Keluarga dengan anak usia pra-sekolah	a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga b. Membantu anak untuk bersosialisasi c. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir d. Mempertahankan hubungan yang sehat e. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak f. Pembagian tanggung jawab g. Stimulasi tumbuh kembang anak
4. Keluarga dengan anak usia sekolah	a. Membantu sosialisasi anak di luar rumah, sekolah dan masyarakat b. Mempertahankan keharmonisan pasangan c. Memenuhi kebutuhan yang meningkat, biaya hidup, sekolah, kesehatan, dll.

5. Keluarga dengan anak remaja	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggungjawab pada remaja. b. Mempertahankan hubungan yang harmonis dalam keluarga. c. Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua. Hindarkan terjadinya perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan. d. Mempersiapkan perubahan sistem peran dan tumbuhkembang remaja.
6. Keluarga dengan anak usia dewasa	<ul style="list-style-type: none"> a. Memperluas jaringan keluarga inti menjadi keluarga besar b. Mempertahankan keharmonisan pasangan c. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat d. Penataan kembali peran orang tua dan kegiatan di rumah
7. Keluarga usia pertengahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan b. Mempertahankan hubungan yang serasi dan memuaskan dengan anak-anak dan sebaya c. Meningkatkan keakraban pasangan
8. Keluarga Usia Tua	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga b. adaptasi terhadap proses kehilangan pasangan, kesehatan fisik dan penghasilan c. mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat d. Melakukan life review

Sumber: Buku Asuhan keperawatan keluarga, (Suprajitno, 2004).

2.2.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga (Sudiharto, 2007: 24), sebagai berikut:

1. Fungsi Afektif

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

2. Fungsi Sosialisasi

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

3. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.

5. Fungsi Perawatan / Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.2.5 Tugas Keluarga Dibidang Kesehatan

Friedman (1988), mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga.
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan keluarga.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya.

2.3 Konsep Pendekatan Keluarga Dalam Pencapaian Prioritas Pembangunan Kesehatan

2.3.1 Konsep Pendekatan Keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan pendekatan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan didalam gedung, melainkan juga keluar gedung yaitu dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam pedoman umum ini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh puskesmas dan perluasan dari upaya perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut:

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan pangkalan datanya.
2. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
4. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (Kemenkes, 2017).

2.3.2 Tujuan dari pendekatan keluarga

Tujuan dari pendekatan keluarga sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komperhensif, meliputi pelayanan promotive dan prefentif serta pelayanan kuratif dan rehabilitative dasar.
2. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota dan SPM provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.
3. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
4. Mendukung tercapainya tujuan program Indonesia sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 (Teli, 2018).

2.3.3 Pelaksanaan Pendekatan Keluarga

Program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga melakukan analisis kesehatan keluarga berdasarkan 12 indikator kesehatan keluarga, ke 12 indikator keluarga sehat tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program keluarga berencana (KB).
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.
3. Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap.
4. Bayi mendapatkan ASI Eksklusif.

5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar.
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditinggalkan.
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
10. Keluarga sudah menjadi anggota JKN.
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan perhitungan indeks keluarga sehat (IKS). Perhitungan indeks keluarga sehat ini bertujuan untuk menentukan tingkatan keluarga menurut status kesehatan yang dimiliki keluarga tersebut. setiap keluarga yang dikunjungi dilakukan perhitungan indeks kesehatan (IKS) dari setiap keluarga. Data kesehatan keluarga dikaji dengan menggunakan instrument profil kesehatan keluarga (Prokesga) berupa family folder yang merupakan satu sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga (Kemenkes, 2017).

Tahap pendekatan keluarga:

1. Pendataan

Data keluarga yang akan dikaji mencakup komponen rumah sehat antara lain akses terhadap air bersih, dan penggunaan jamban sehat. data individu anggota keluarga mencakup karakteristik individu yaitu umur, jenis kelamin, Pendidikan, dll serta kondisi individu seperti penyakit yang diderita (hipertensi, tuberkulosis dan gangguan

jiwa) dan perilakunya seperti merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif dll.

Peran pembinaan keluarga:

- 1) Mengumpulkan data kesehatan keluarga (menggunakan formulir profil kesehatan keluarga/prokesga) baik secara manual maupun menggunakan aplikasi keluarga sehat.
- 2) Melakukan analisis data secara sederhana.
- 3) Melakukan identifikasi masalah.
- 4) Melakukan intervensi, penyuluhan/pendidikan kesehatan.

2. Analisis

Tahap analisis merupakan tahapan perhitungan indeks keluarga sehat untuk menentukan tingkatan keluarga menurut status kesehatan yang dimiliki keluarga tersebut. hasil pengisian kuesioner akan dipindahkan kedalam matriks untuk dilakukan rekapitulasi dengan isian N (*not applicable*) yang berarti indikator tersebut tidak mungkin ada pada anggota keluarga dan tidak dihitung, Y kondisi keluarga sesuai indikator dan diberi nilai 1 dan T menggambarkan kondisi keluarga tidak sesuai indikator dan diberi nilai 0. hasil perhitungan semua anggota keluarga menjadi kesimpulan indeks keluarga sehat dengan rumusan:

$$IKS = \frac{\text{jumlah nilai 1}}{12} - \text{jumlah N}$$
 (jumlah nilai 1 dibagi 12 dikurangi jumlah N)
selanjutnya dianalisis.

Indeks keluarga sehat dibagi menjadi 3 tingkatan: Keluarga Sehat: IKS keluarga > 0,80, keluarga Pra Sehat: IKS keluarga 0,50-0,80 dan Keluarga Tidak Sehat: IKS keluarga <0.50

3. Identifikasi

Tahap selanjutnya adalah identifikasi masalah kesehatan diwilayah kerja puskesmas. langkah awal yang harus dilakukan adalah menghitung cakupa masing-masing indicator di tiap wilaya (RT/RW/Desa/Puskesmas). Nilai indicator terkecil merupakan prioritas intervensi.

4. Intervensi

Intervensi yang paling utama adalah melakukan penyuluhan/Pendidikan kesehatan menggunakan paket informasi keluarga atau PINKESGA. Menjelaskan hal-hal penting terkait kesehatan ibu hamil, melahirkan, nifas, tanda bahaya kehamilan dan kehamilan yang tidak diinginkan, menjelaskan informasi penting terkait air susu ibu dan manfaat pemberian asi eksklusif kepada bayi, menjelaskan hal-hal penting tentang imunisasi dasar dan manfaat pemberian asi, menjelaskan tentang kesehatan dan perkembangan balita sehat dan balita pendek (*stunying*), menjelaskan tentang penyakit tuberculosis, pengobatan dan cara pencegahan, menjelaskan tentang penyakit hipertensi, pengobatan dan cara pencegahannya, menjelaskan tentang bahaya merokok bagi kesehatan, kandungan zat-zat berbahaya dalam rokok, mengenali secara sederhana penderita gangguan jiwa dan menjelaskan cara penanganannya, mengenali secara sederhana bentuk jamban sehat dan manfaatnya bagi kesehatan, menjelaskan tentang ciri-ciri air bersih dan manfaatnya, menjelaskan tentang keluarga berencana, jenis-jenis alat kontrasepsi (kelebihan dan kekurangan) serta cara-cara memperoleh pelayanan KB dan menjelaskan tentang jaminan kesehatan nasional (JKN) dan cara-cara menjadi peserta jkn atau asuransi kesehatan lain.

Intervensi dapat dilakukan dengan invensi secara menyeluruh seperti penyuluhan, intervensi fokus pada daerah tertinggal (IKS paling rendah), pendekatan para tokoh-tokoh agama, dan masyarakat atau intervensi pada wilaya atau keluarga.

5. Maintenance (berkelanjutan pendekatan keluarga)

Keberlanjutan dari intervensi kegiatan untuk mendukung tercapainya tujuan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga dengan melakukan pembinaan, pemantapan dan perluasan kegiatan termasuk pemutakhiran data kesehatan (Teli, 2018).

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga

2.4.1 Pengkajian Keluarga

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data tentang struktur keluarga hubungan serta interaksi antara anggota keluarga, individu dalam keluarga, yang berlangsung terus menerus dan bertujuan untuk menetapkan diagnose keperawatan keluarga. perawat memegang peranan penting dalam upaya mendapatkan data yang akurat, jelas dan relevan. Perawat harus dapat menentukan data apa yang dikumpulkan dan bagaimana cara pengumpulan data, kapan dan dimana data dikumpulkan, mampu menghubungkan setiap data yang dikumpulkan, bagaimana data tersebut berhubungan dengan sejarah kesehatan keluarga. Sumber informasi dari tahap pengkajian dapat menggunakan metode:

1. Wawancara keluarga
2. Obserfasi fasilitas rumah
3. Pemeriksaan fisik dari anggota keluarga
4. Data sekunder: hasil laboratorium, hasil X-ray, pap smear, dan sebagainya.

2.4.1.1 Komponen Pengkajian

a. Pengumpulan data

1. Identitas keluarga yang dikaji adalah umur, pekerjaan, tempat tinggal, dan tipe keluarga.

2. Latar belakang budaya /kebiasaan keluarga.

Kebiasaan makan kebiasaan makan ini meliputi jenis makanan yang dikonsumsi oleh Keluarga. Untuk penderita hipertensi biasanya mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam, zat pengawet, serta emosi yang tinggi. Pemanfaatan fasilitas kesehatan perilaku keluarga didalam memanfaatkan fasilitas kesehatan merupakan faktor yang penting dalam pengelolaan penyakit hipertensi fase prefentif terutama dalam mengkonsumsi pengobatan yang dalam waktu panjang.

3. Status social ekonomi

Pendidikan, tingkat pendidikan keluarga mempengaruhi keluarga dalam mengenal hipertensi beserta pengelolaannya. Berpengaruh pula terhadap pola pikir dan kemampuan untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah dengan tepat dan benar. Pekerjaan dan penghasilan. Penghasilan yang tidak seimbang juga berpengaruh terhadap keluarga dalam melakukan pengobatan dan perawatan pada anggota keluarga yang sakit salah satunya disebabkan karena hipertensi. Menurut (Effendy, 1998), mengemukakan bahwa ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit salah satunya disebabkan karena tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada pada keluarga

4. Tingkat pengembangan riwayat keluarga

Menurut Friedmen (1998:125), Riwayat keluarga mulai lahir hingga saat ini. termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau berkaitan

dengan kesehatan yang terjadi dalam kehidupan keluarga yang belum terpenuhi berpengaruh terhadap psikologis seseorang yang dapat mengakibatkan kecemasan dan kecemasan ini akan berdampak pada munculnya stress dan sangat berpengaruh terhadap penyakit hipertensi.

5. Aktifitas

Aktifitas fisik yang keras dapat menambah terjadinya peningkatan tekanan darah. Sehingga aktifitas-aktifitas bagi penderita hipertensi ini juga harus dibatasi karna serangan hipertensi dapat timbul sesudah atau waktu melakukan kegiatan fisik, seperti olah raga dll. (Friedman, 1998:9).

6. Data lingkungan

Karakteristik rumah, cara memodifikasikan lingkungan fisik yang baik seperti lantai rumah, penerangan dan ventilasi yang baik dapat mengurangi faktor penyebab terjadinya cedera pada penderita hipertensi. Karakteristik lingkungan menurut (Friedman, 1998 :22), derajat kesehatan dipengaruhi oleh lingkungan. Ketenangan lingkungan sangat mempengaruhi derajat kesehatan tidak terkecuali pada hipertensi.

7. Struktur keluarga

Pola komunikasi, menurut (Friedman, 1998), Semua interaksi perawat dengan pasien adalah berdasarkan komunikasi. Istilah komunikasi terapeutik merupakan suatu teknik dimana usaha mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik tersebut mencakup ketrampilan secara verbal maupun nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Struktur kekuasaan, kekuasaan dalam keluarga mempengaruhi dalam kondisi kesehatan, kekuasaan yang otoriter dapat menyebabkan stress psikologik yang mempengaruhi dalam tekanan darah pasien hipertensi. Struktur

peran menurut Friedman (1998), anggota keluarga menerima dan konsisten terhadap peran yang dilakukan, maka ini akan membuat anggota keluarga puas atau tidak ada konflik dalam peran, dan sebaliknya bila peran tidak dapat diterima dan tidak sesuai dengan harapan maka akan mengakibatkan ketegangan dalam keluarga.

8. Fungsi keluarga

Fungsi afektif, keluarga yang tidak menghargai anggota keluarganya yang menderita hipertensi, maka akan menimbulkan stressor tersendiri bagi penderita. Hal ini akan menimbulkan suatu keadaan yang dapat menambah seringnya terjadi serangan hipertensi karena kurangnya partisipasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Friedman, 1998).

Fungsi sosialisasi, keluarga memberikan kebebasan bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi dalam bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Bila keluarga tidak memberikan kebebasan pada anggotanya, maka akan mengakibatkan anggota keluarga menjadi sepi. Keadaan ini mengancam status emosi menjadi labil dan mudah stress.

Fungsi kesehatan, menurut Suprajitno (2004), fungsi mengembangkan dan melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

9. Pola tidur

Istirahat tidur seseorang akan terganggu manakala sedang mengalami masalah yang belum terselesaikan. Biasanya pada penderita hipertensi akan mengalami susah tidur.

10. Pemeriksaan fisik anggota keluarga

Sebagaimana prosedur pengkajian yang komprehensif, pemeriksaan fisik juga dilakukan menyeluruh dari ujung rambut sampai kuku untuk semua anggota keluarga.

Setelah ditemukan masalah kesehatan, pemeriksaan fisik lebih terfokuskan. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien dengan hipertensi tanda khas yang dapat ditemukan yaitu peningkatan tekanan darah yang disertai dengan keluhan-keluhan yang menyertainya. Pemeriksaan fisik pada penderita hipertensi ini lebih difokuskan pada pemeriksaan jantung pasien.

11. Lima fungsi kesehatan keluarga

Mengenal masalah kesehatan, yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui mengenai fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, faktor penyebab hipertensi dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah.

Mengambil keputusan kesehatan, sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah hipertensi, apakah masalah dirasakan keluarga, apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami, apakah keluarga merasa takut akan akibat dari tindakan penyakit hipertensi, apakah keluarga mempunyai sikap negative terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, dan apakah keluarga kurang percaya terhadap masalah kesehatan.

Merawat anggota keluarga yang sakit, sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit hipertensi (sifat, penyebaran, komplikasi prognosa dan cara perawatannya), sejauhmana keluarga mengetahui tentang sikap dan perkembangan perawatan hipertensi yang dibutuhkan, sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/*financial*),

bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit hipertensi dan sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki.

Merawat/memodifikasi lingkungan untuk kesehatan. sejauhmana keluarga melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya *hygiene sanitasi*, sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit hipertensi, sejauhmana sikap/pandangan keluarga terhadap *hygiene sanitasi* dan sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga.

Memanfaatkan fasilitas kesehatan, sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, sejauhmana keluarga memahami keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan dan apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

12. Stres dan coping keluarga

Stresor jangka pendek meliputi stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu enam bulan.

Stresor jangka panjang adalah stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan, kemampuan keluarga berespon terhadap stressor. Strategi coping yang digunakan bila keluarga menghadapi suatu masalah dan strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga saat menghadapi suatu masalah.

Bila ada stressor yang muncul dalam keluarga, sedangkan koping keluarga tidak efektif, maka ini akan menjadi stress anggota keluarga yang berkepanjangan. Pada penderita hipertensi stress menjadi salah satu factor resiko terjadinya hipertensi.

13. Harapan keluarga

Harapan keluarga: harapan keluarga terhadap petugas kesehatan.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Untuk perumusan masalah keperawatan keluarga berpedoman pada buku *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas, (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dilengkapi dengan standar asuhan keperawatan individu, keluarga dan komunitas* (Teli, 2018).

Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan penderita hipertensi yaitu:

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan

Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
00078	Ketidakefektifan manajemen kesehatan
00188	Perilaku kesehatan cenderung beresiko

Sumber: Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas (Teli, 2018).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keluarga pasien hipertensi dengan menggunakan buku *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas, (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dilengkapi dengan standar asuhan keperawatan individu, keluarga dan komunitas* (Teli, 2018).

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi

Data	Diagnosis keperawatan		NOC		NIC	
	Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Hasil
<p>DS: keluarga mengatakan penyebab dari keluhan leher tegang dan kepala pusing yang dialami pasien disebabkan karena stres dan pola makan yang kurang baik misalnya konsumsi garam yang berlebihan</p> <p>DO: keluarga tampak kurang paham dengan penyebab, tanda dan gejala serta diit yang baik bagi penderita tekanan darah tinggi</p>	00078	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan	1837	<p>TUK 1</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain 4: pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas S: pengetahuan tentang kesehatan</p> <p>Luaran: pengetahuan mengenai hipertensi, yaitu paham tentang tekanan</p>	5614	<p>Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan</p> <p>Domain 3: perilaku</p> <p>Kelas S: pendidikan pasien</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya termasuk makann yang disukai dan pola makan saat itu

			<p>darah tinggi, pengobatan dan pencegahan serta komplikasinya meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak)</p> <p>Dengan indikator:</p> <p>183707 1. Manfaat pengobatan jangka panjang</p> <p>183709 2. Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan</p> <p>183707 3. Pentingnya mematuhi pengobatan</p> <p>183721 4. Diet yang dianjurkan</p> <p>183723 5. strategi yang membatasi intake sodium</p>		<p>2. Instruksikan pasien untuk menghindari makan yang dipantang dan diperbolehkan</p> <p>3. Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum</p> <p>4. Libatkan pasien dan keluarga</p>
			<p>TUK 2</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat</p>		<p>Keluarga mampu mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan</p> <p>Domain 5: family</p>

				mampu mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan dengan kriteria hasil: Domain 4: pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas R: kepercayaan tentang kesehatan Luaran: kepercayaan mengenai kesehatan yaitu keyakinan pribadi yang mempengaruhi kesehatan meningkat dari 2 (lemah) menjadi 4 (kuat) dengan indikator:	7140	Kelas X: perawatan sepanjang hidup Intervensi: dukungan keluarga 1. Tingkatkan hubungan saling percaya dengan keluarga 2. Berikan pengetahuan yang dibutuhkan bagi keluarga untuk membantu mereka membuat keputusan terkait pasien 3. Libatkan anggota keluarga dan pasien dalam membuat keputusan terkait perawatan jika memungkinkan
			1621			
			170001	1. Merasakan pentingnya mengambil tindakan		
			170002	2. Merasakan ancaman jika tidak bertindak		
			170003	3. Merasakan manfaat dan bertindak		

			2609	<p>TUK 3</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain VI: kesehatan keluarga</p> <p>Kelas X: kesejahteraan keluarga</p> <p>Luaran: Dukungan keluarga selama perawatan yaitu kapasitas dari sebuah keluarga untuk menunjukkan dan menyediakan dukungan emosional kepada individu yang menjalani perawatan meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) dengan indikator:</p>	2380	<p>Keluarga mampu memberikan perawatan</p> <p>Domain 2: fisiologi dan kompleks</p> <p>Kelas H: manajemen obat-obatan</p> <p>Intervensi: manajemen obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut askep dan atau protokol 2. Tentukan kemampuan pasien untuk mengobati diri sendiri dengan cara yang tepat 3. Ajarkan pasien dan atau anggota keluarga mengenai tindakan dan efek
--	--	--	------	---	------	--

			260901	1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit		samping yang diharapkan dari obat
			260903	2. Anggota keluarga bertanya bagaimana mereka dapat membantu		4. Berikan pasien dan atau anggota keluarga mengenai informasi tertulis dan fisual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat
			260906	3. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit		
			260907	4. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit		
			260909	5. Mencari dukungan spiritual untuk anggota keluarga yang sakit		

			260911	6. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan		
			1934	<p>TUK 4</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain IV: pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas T: kontrol resiko dan keselamatan yaitu pengaturan fisik dan sistem untuk meminimalkan faktor yang biasa menyebabkan kekerasan fisik atau cedera dalam fasilitas kesehatan masyarakat meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi</p>	6480	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk meminimalisirkan masalah kesehatan yang dialami</p> <p>Domain 4: keamanan</p> <p>Kelas V: manajemen resiko</p> <p>Intervensi</p> <p>Manajemen lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien 2. Kendalikan atau cegah kebisingan yang tidak diinginkan atau

			193408	4 (sebagian adekuat) dengan indikator: 1. Pengurangan tingkat kebisingan yang berbahaya		berlebihan bila memungkinkan
			193416	2. Kebijakan pencegahan jatuh		3. Sediakan keluarga atau orang terdekat dengan informasi mengenai membuat lingkungan yang aman bagi pasien
			1806	TUK 5 Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kriteria hasil Domain IV: pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas S: pengetahuan tentang kesehatan Luaran: pengetahuan: sumber-sumber kesehatan	7400	Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan Domain VI: sistem kesehatan mediasi Kelas Y: mediasi sistem kesehatan Intervensi: Panduan sistem pelayanan kesehatan 1. Jelaskan sistem perawatan kesehatan bagaimana sistem kerja dan apa yang

				<p>yaitu tingkat pemahaman yang disampaikan tentang sumber-sumber kesehatan yang relevan meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak) dengan indikator:</p> <p>180605 1. Pentingnya perawatan tindak lanjut</p> <p>180608 2. Rencana keperawatan tindak lanjut</p> <p>180609 3. Strategi untuk mengetasi layanan kesehatan</p>		<p>dapat diharapkan</p> <p>2. Bantu klien untuk memilih perawatan kesehatan professional</p> <p>3. Instruksi pada klien tipe pelayanan yang diharapkan dri setiap tipe penyedia perawatan kesehatan</p> <p>4. Informasikan kepada klien bagaimana cara mengakses pelayanan gadar melalui telepon</p> <p>5. identifikasi dan fasilitasi kebutuhan trasportasi untuk menjaga fasilitas pelayanan kesehatan</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Keluarga mengatakan kurang mengetahui cara pencegahan penyakit hipertensi secara benar. keluarga hanya mengetahui kalau pasien tidak boleh mengkonsumsi garam secara berlebihan.</p>	<p>00188</p>	<p>Perilaku kesehatan cenderung beresiko</p>	<p>1802</p>	<p>TUK 1 Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil: Domain IV: pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas S: pengetahuan: Diet yang disarankan tingkat pemahaman yang di sampaikan tentang diet yang direkomendasikan oleh seorang professional kesehatan tertentu meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan yang banyak) dan kriteria hasil:</p>	<p>5614</p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan Domain 3: perilaku Kelas S: pendidikan pasien Intervensi: pengajaran persepan diet 1. Kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya termasuk makanan yang disukai dan pola makan saat itu 2. Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan diperbolehkan 3. Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan kepatuhan terhadap</p>
---	--------------	--	-------------	---	-------------	--

			180201 180202	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diet yang dianjurkan 2. Manfaat diet makanan yang diperbolehkan dalam diet 3. Makanan yang dihindari dalam diet 4. Makanan yang tidak diperlukan dalam diet 5. Makanan yang dihindari dalam diet 		<p>diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum</p> <p>4. Libatkan pasaien pasien dan keluarga</p>
				<p>TUK 2</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mengambil keputusan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain IV: Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas R: keyakinan tentang kesehatan</p>	7710	<p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Domain S: Keluarga</p> <p>Kelas X: Perawatan sepanjang hidup</p> <p>Intervensi:</p> <p>Peningkatan keterlibatan kelaurga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota

			1701	<p>Luaran: kepercayaan mengenai kesehatan: merasakan kemampuan melakukan yaitu keyakinan pribadi bahwa seorang dapat melaksanakan perilaku kesehatan yang diberikan meningkat dari 2 (lemah) menjadi 4 (kuat)</p> <p>Dengan indikator :</p>		<p>keluarga yang akan terlibat dalam keluarga</p> <p>2. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien.</p> <p>3. Dorong anggota keluarga dan pasien untuk membantu dalam mengembangkan rencana perawatan, termasuk hal yang diharapkan</p> <p>4. Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien, berikan informasi pada pasien</p>
			170191	1. persepsi bahwa perilaku kesehatan tidak terlalu rumit		
			170108	2. kepercayaan terhadap kemampuan untuk melakukan perilaku kesehatan		

			1623	<p>TUK 3</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memberikan perawatan kesehatan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain 4: pengetahuan tentang kesehatan</p> <p>Kelas Q: perilaku sehat</p> <p>Luaran: perilaku patuh pengobatan yang disarankan yaitu tindakan personal untuk mengelola keamanan obat yang memenuhi efek terapeutik pada kondisi tertentu yang direkomendasikan oleh professional kesehatan</p> <p>Meningkat dari 2 (jarang menunjukan) menjadi 4 (sering menunjukan) dengan indicator</p>	<p>keluarga mampu memberikan perawatan</p> <p>Domain 4: keamanan</p> <p>Kelas 5: manajemen resiko</p> <p>Intervensi: identifikasi resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan factor resiko dan rencana untuk mengurangi factor resiko 2. Diskusikan dan rencanakan aktifitas pengurangan resiko, berkolaborasi dengan individu atau kelompok 3. Rencanakan monitor resiko kesehatan dalam jangka panjang
--	--	--	------	---	--

			162302	1. Memperoleh obat yang dibutuhkan		
			162305	2. Minum obat dosis		
			1934	<p>TUK 4</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan kriteria hasil:</p> <p>Domain IV: Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas T: Kontrol resiko dan keselamatan yaitu pengaturan fisik dan sistem untuk meminimalkan faktor yang biasa menyebabkan kekerasan fisik atau cedera dalam fasilitas kesehatan masyarakat meningkat dari 2 (sedikit adekuat) menjadi</p>		<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk meminimalisir masalah kesehatan yang dialami</p> <p>Domain IV: keamanan</p> <p>Kelas V: manajemen resiko</p> <p>Intervensi:</p> <p>Manajemen lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien 2. Kendalikan atau cegah kebisingan yang tidak diinginkan atau

			193408	4 (sebagian adekuat) dengan indikator: 1. Pengurangan tingkat kebisingan yang berbahaya		berlebihan bila memungkinkan
			193416	2. Kebijakan pencegahan jatuh		3. Sediakan keluarga atau orang terdekat dengan informasi mengenai membuat lingkungan rumah yang aman bagi pasien

Sumber: Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas (Teli, 2018).

2.4.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan anggota keluarga.

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Juni 2018 di rumah Ny. R, RT 012/RW 005 kelurahan Oepura, kecamatan Maulafa. Metode pengkajian yang digunakan adalah metode *allo anamnesa* dan *auto anamnesa*.

3.1.1.1 Data umum keluarga

Pengkajian dilakukan pada keluarga Ny. R. pendidikan terakhir SLTA, alamat rumah RT 012/RW 006 kelurahan Oepura, Agama Krisen Protestan, suku Rote, bahasa yang digunakan setiap hari adalah bahasa Indonesia, pekerjaan Ny. R. pensiunan PNS, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat 5 km, alat transportasi yang digunakan adalah kendaraan bermotor.

1. Data anggota keluarga

Ny. R. sebagai kepala keluarga berumur 67 tahun, berjenis kelamin perempuan, suku Rote, pendidikan terakhir SLTA, pensiunan PNS. Status gizi: TB: 165 cm, BB: 75 kg, hasil TTV: TD:160/90 mmHg, Nadi:100 x/menit, Suhu:36,7 °C, pernapasan: 19x/menit. Menggunakan alat bantu tongkat, dan tinggal sendirian.

2. Status Kesehatan

Ny. R. dengan penampilan umum bentuk wajah simetris, tangan dan kaki kanan mengalami penurunan pergerakan. Status kesehatan saat ini gangguan fungsi saraf lokal dengan gejala kelumpuhan pada tangan dan kaki bagian kanan, dan agak sulit

untuk berjalan. Ny. R. memiliki riwayat penyakit hipertensi, dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman dan obat-obatan. Analisis masalah kesehatan individu Ny. R. menderita hipertensi yang sudah berkomplikasi terhadap stroke ringan.

3. Pengkajian fisik anggota keluarga yang sakit

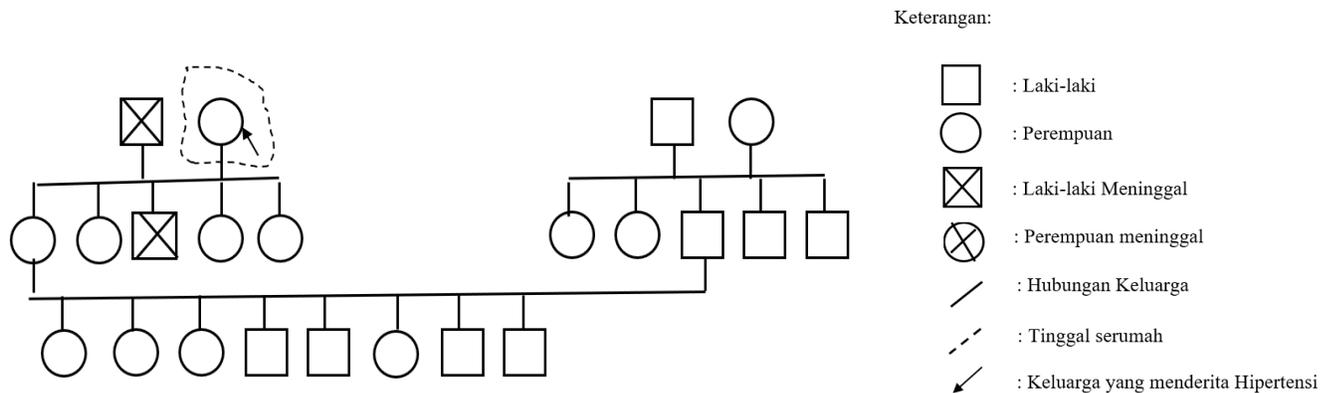
Ny R. menderita hipertensi sejak tahun 2012. Awal mulanya pasien mengeluh tegang dibagian leher dan kepala terasa sakit, serta jantung berdebar-debar. Akhirnya pasien dibawa ke Puskesmas Sikumana untuk melakukan pemeriksaan. Sesampainya disana pasien diperiksa oleh dokter dan dokter menyatakan bahwa pasien menderita hipertensi. Pasien tidak ada riwayat merokok, minum-minuman keras, tetapi saat diperiksa tekanan darahnya siastole dan diastole tinggi. Pasien mengeluh leher tegang dan kepala pusing. Didalam keluarga orang tua dari Ny. R. tidak mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular sama hal juga dengan keluarga dari almalhur suamni Ny. R. tetapi Ny. R. menderita penyakit hipertensi.

Saat dikaji keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis dan GCS 15. TTV: TD:160/90 mmHg, N:100 x/menit, S:36,7 °C, RR:19x/menit. Gangguan pada fungsi saraf lokal dengan gejala kelumpuhan pada tangan dan kaki bagian kanan, dan agak sulit untuk berjalan. Pemeriksaan fisik sistem muskuloskeletal: tonus otot baik, ekstremitas atas dan bawah mengalami penurunan pergerakan dibagian kanan,

kekuatan otot :

3	5
3	5

Hasil pemeriksaan laboratorium sederhana menggunakan alat *EasyTouch GCU*. Hasil pemeriksaan gula darah puasa normal yaitu 94 mg/dL (70-104 mg/dL) dan hasil pemeriksaan kolesterol normal yaitu 157 mg/dL (<200 mg/dL).



Dari genogram diatas dapat disimpulkan bahwa suami dari Ny. R. sudah meninggal dunia dikarenakan sakit karna sudah usia lanjut. Sedangkan anak ketiga dari Ny. R. meninggal dunia dikarenakan sakit lambung. Semua anaknya sudah berkeluarga dan sudah keluar dari rumah, di dalam rumah Ny. R. hanya tinggal sendirian saja.

4. Tipe keluarga

Tipe keluarga Ny. R. adalah tipe Orang tua tunggal (*single parent family*) karena terdiri hanya Ny. R sendiri didalam rumah, dikarenakan suami Ny. R. sudah meninggal dunia dan semua anak-anaknya sudah berkeluarga dan tinggal berumah tangga sendiri.

5. Status sosial ekonomi keluarga

Ny. R. bekerja sebagai pensiunan PNS dan penghasilannya diperoleh dari gaji pensiunan yang didapatkan perbulan yaitu Rp. 2.100.000. Penghasilan ini mampu mencukupi kebutuhan keluarga.

6. Aktivitas rekreasi keluarga

Sehari-hari Ny. R biasa rileks menonton TV di rumah dan duduk di depan kios milik anak pertamanya yang tinggal disamping rumanhya, sedangkan aktivitas rekreasi bersama di luar rumah jarang dilakukan karena alasan kondisi kesehatan yang masih terganggu.

3.1.1.1 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini, keluarga Ny. R. berada pada tahap VIII (tahap lanjut usia) dimana semua anak-anaknya sudah berkeluarga dan sudah memiliki anak. Keluarga Ny. R. sudah melaksanakan tugas perkembangan keluarga dimana keluarga mempertahankan keharmonisan, semua anak disekolahkan dan semua anaknya sudah berkeluarga. Setiap anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan langsung dibawah ke fasilitas kesehatan terdekat. Riwayat penyakit Ny. R ia sudah menderita Hipertensi dari tahun 2012 hingga sekarang dan pada tahun 2017 Ny. R terkena Stroke. Ny. R Tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman dan obat-obatan Tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga seperti asma, DM, hipertensi pada kedua orang tua Ny. R. tetapi Ny. R. menderita hipertensi.

3.1.1.2 Data lingkungan

Keluarga Ny. R. tinggal di rumah milik sendiri dengan luas bangunan rumah 8m x 9m (72 m²) dan ada pekarangan seluas 184 m². Jenis bangunan rumah permanen lantai keramik dan tidak licin, terdapat 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 ruang keluarga, 1 dapur dan 2 kamar mandi + wc. Kondisi rumah bersih dibersihkan setiap hari, Terdapat jendela dan dilengkapi dengan ventilasi yang baik, pencahayaan rumah di siang hari cukup dan pada malam hari penerangan memakai listik dimana masing-masing ruangan dan halaman depan terdapat lampu untuk penerangan. Mempunyai saluran pembuangan air limbah. Keluarga menggunakan air bersih berjenis PDAM untuk kebutuhan sehari-hari, jamban keluarga memenuhi syarat berjenis leher angsa. Keluarga mempunyai tempat pembuangan sampah sehingga sampah langsung di bakar. Denah rumah Ny. R. (terlampir).

Keluarga Ny. R. tinggal di lingkungan yang tidak padat penduduk, cukup rapi dan bersih, ada banyak tanaman didepan rumah, umumnya tetangga memiliki suku yang berbeda-beda, tidak ada kesulitan dalam kehidupan sehari-hari, hubungan dengan tetangga baik, keluarga juga ikut aktif dalam kegiatan rohani dan kegiatan RT dalam kelompok masyarakat.

Keluarga Ny. R. sudah tinggal di lingkungan komunitas tersebut sejak tahun 1951 dan tidak berpindah- pindah tempat. Ny. R. semenjak sakit jarang keluar rumah. Ny. R. hanya biasa duduk didepan kios milik anaknya dan menemani anaknya berwirausaha. Keluarga Ny. R. aktif berinteraksi dengan masyarakat sekitar, aktif dalam ibadat kelompok, dan selalu ikut dalam kegiatan yang di laksanakan di RT/RW seperti kerja bakti. Keluarga nampak harmonis. Anggota keluarga lain dalam keluarga

saling mendukung bila ada masalah. Keluarga memiliki tabungan di bank dan memiliki kartu JKN untuk keperluan kesehatan.

3.1.1.3 Perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga

Keluarga Ny. R. selalu menggunakan air bersih untuk makan dan minum serta untuk kebutuhan lainnya dari PDAM yang tidak berwarna, berasa dan berbau. Keluarga Ny. R. selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dan setelah BAB dengan menggunakan sabun. Keluarga Ny. R. setiap hari mengkonsumsi nasi, sayur, tahu, tempe, telur, ikan kering, minum air putih dan kadang makan daging babi, Ny. R. juga jarang mengkonsumsi buah. Ny. R. semenjak sakit, setiap harinya melakukan aktivitas duduk dan membantu anaknya menjaga kios yang ada didepan rumah, sedangkan anak pertamanya yang tinggal bersebelahan dengannya melakukan aktivitas seperti memasak, mencuci, menyapu halaman, dan lain- lain. Keluarga Ny. R. mengumpulkan sampah pada tempat pembuangan sampah yang berada di depan rumah dan dibelakang rumah jika sudah penuh sampah akan dibuang di bak sampah yang ada di depan kios dan langsung dibakar, membersihkan tempat penampungan air seminggu sekali atau air dalam tempat penampungan sudah habis. Keluarga Ny. R. tidak ada yang merokok dalam rumah.

3.1.1.4 Struktur keluarga

Ny. R melaksanakan perannya dengan baik yaitu sebagai ibu untuk anak-anaknya, sebagai mertua untuk anak mantunya dan sebagai nenek untuk cucu-cucunya. Keluarga Ny. R. sangat menjaga norma dalam keluarga di mana Ny. R selalu mengingatkan Anak-anaknya, menantunya dan cucu-cucunya untuk beribadah setiap

hari minggu dan mengikuti ibadah keluarga, dan selalu memperhatikan sopan santun. Keluarga Ny. R. berkomunikasi dengan menggunakan bahasa indonesia. Ny. R. mengatakan selalu berdiskusi secara terbuka dan langsung dalam menyelesaikan suatu masalah.

3.1.1.5 Fungsi Keluarga

1. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi keluarga Ny. R tidak terhambat, dikarenakan penghasilan yang didapatkan setiap bulan dari gaji pensiunan tersebut dapat memenuhi kebutuhannya selama satu bulan.

2. Fungsi Sosialisasi

Keluarga aktif bersosialisasi dengan tetangga disekitar rumah yang lewat didepan kios atau yang datang berbelanja di kios milik anaknya. Ny. R. juga mampu bersosialisasi baik dengan anak-anaknya, menantunya dan cucu-cucunya.

3. Fungsi Pendidikan

Ny. R Mengatakan semua anak-anaknya disekolahkan sampai tamat SMA, anak-anaknya tidak ingin melanjutkan keperguruan tinggi lebih memilih berwirausaha. Ny. R selalu menasehati dan mendukung cucu-cucunya untuk bersekolah sampai keperguruan tinggi.

4. Fungsi Religius

Ny. R sebagai orang yang beriman akan Tuhan, taat dalam beribadat. sebelum tidur dan setelah bangun tidur selalu berdoda. Ny R. juga selalu mengingatkan kepada anak-anaknya, menantunya dan cucu-cucunya untuk selalu pergi ke gereja setiap hari minggu.

5. Fungsi Rekreasi

Ny. R menjalankan fungsi rekreasi dengan cara rileks sambil menonton TV di rumah, sedangkan aktivitas rekreasi bersama di luar rumah jarang dilakukan karena alasan kondisi sakit.

6. Fungsi Reproduksi

Ny. R mempunyai lima orang anak, satu laki-laki dan empat perempuan. anak laki-lakinya meninggal dunia dikarenakan sakit lambung. Ny. R. sudah memasuki masa non produktif.

7. Fungsi Afeksi

Keluarga telah menjalankan fungsi kasih sayang dengan baik, saling memperhatikan dan membantu satu sama lain. Keluarga tidak membedakan kasih sayang diantara anggota keluarga.

8. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Keluarga Ny. R. mengetahui bahwa ia sakit hipertensi, namun belum mampu mengenal masalah hipertensi dengan baik. Ny. R mengatakan: *“beta pernah tahu hipertensi tu karna beta terlalu makan makanan yang banyak garam dan banyak*

makan dangin ais itu yang lainnya beta su sonde tahu lai, dia pung gejala yang beta tahu ju cuma leher sering tegang, kepala pusing dan tekan darah naik sa, ai situ beta su sonde tahu yang lain lai, dia pung bahaya beta hanya tahu kalo hipertensi tu bisa buat pembuluh darah pecah yang lain beta su sonde tahu lai, soalnya beta pernah dapat informasi tentang hipertensi dari ibu-ibu digereja dong, ma hanya omong tentang itu sa. Beta hanya tahu kalau beta pun tangan dan kaki su stenga mati bergerak itu karna hipertensi”. Saat ditanya keluarga kurang mengerti tentang apa itu hipertensi, penyebab dan tanda gejala hipertensi, keluarga kurang mengetahui bahaya/dampak dari hipertensi.

Keluarga belum mampu mengambil keputusan untuk mengkonsumsi obat yang didapatkan dari dokter. Keluarga mengatakan: *“sekarang oma kalo sakit na bawa pi puskesmas ko piperiksa dapat obat, kalo ada sapa sa yang sakit dalam katong pun keluarga, katong semua turut ambil bagian dalam itu semua, sekarang ju oma sonde perna menyerah dengan kedaan oma yang sekarang, oma selalu pergi pi periksa kesehatan di puskesmas sikumana tapi obat dari dokter dong oma sonde mau minum, oma lebih pilih minum obat herbal karna sonde ada efek sampingnya. oma ju kalo ada masalah begini oma selalu bawa semuanya di dalam doa setiap hari, ini penyakit darah tinggi ni penyakit yang berbahaya jadi oma sonde mau terlalu konsumsi dokter pun obat de nanti buat oma tambah sakit ginjal, lebe bae oma minum ini daun afrika sa ini bagus ju sonde ada efek samping pi ginjal.”.* Keluarga mendapatkan informasi tentang pengobatan dari dokter tetapi Ny. R tidak mau

mengonsumsi obat yang diberikan dokter dan lebih memilih mengonsumsi obat herbal.

Keluarga Ny. R. belum bisa melakukan upaya perawatan untuk anggota keluarga yang sakit. Keluarga mengatakan: *“oma kalo makan, oma pun anak pertama yang tinggal disamping rumah ni yang masak kasi oma makan ju makan sama-sama makanan bagabung, sonde ada pisah-pisah atau siap makanan khusus buat oma, terus kalo oma ada sakit di kaki dan tangan na katong urut pake minyak nona mas, oma ju kalo makan kalo sonde ada rasa oma suru ko tambah pake garam, kepala kalo sakit na oma hanya tidur ko istirahat sa. Itu sa, soalnya oma sonde tahu cara rawatnya karmana”*. Keluarga tidak menyiapkan/ memisahkan diet rendah garam dan rendah lemak yang tepat untuk pasien.

Keluarga mampu memelihara dan memodifikasi lingkungan karena kondisi rumah selalu bersih, pencahayaan baik, lantai tidak licin, terdapat pintu dan jendela yang dilengkapi dengan ventilasi disetiap ruangan. Suasana rumah nyaman dan tenang, tidak ada keributan atau kegaduhan dan keluarga saling mendukung satu sama lain.

Keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga mengatakan: *“Katong kalo sakit na bawa pi puskesmas ko pi periksa disana ko tau katong sakit apa na, katong ju semua ada kartu JKN jadi sonde perlu takut biaya keluar banyak, ibu perawat ju kadang datang liat oma disini. sampe itu hari 2017 oma pun kaki tangan sonde bisa bergerak oma dibawa pi RS ko dapat pengobatan disana, sempat*

control tiga kali di RS juga". Keluarga sampai saat ini jika dalam keadaan sakit akan langsung pergi ke puskesmas sikumana untuk melakukan pengobatan disana.

3.1.1.6 Stres dan coping keluarga

Stres jangka pendek: saat ini keluarga tidak mempunyai stress jangka pendek. Stres jangka panjang: saat ini Ny. R. merasa sedikit cemas dan hanaya percaya kepada obat tradisional dengan rajin mengkonsumsinya untuk kesembuhan kaki dan tangan yang masih belum bisa bergerak secara penuh. Kekuatan keluarga: keharmonisan dan kerukunan keluarga menjadi kekuatan keluarga ditambah dukungan dalam doa. Kemampuan keluarga berespon terhadap stresor: Ny. R. selalu berkomunikasi terbuka dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dan menyerahkannya pada Tuhan. Strategi coping yang digunakan: berdoa, diskusi bersama keluarga, dan meminta bantuan dari keluarga lain coping yang dilakukan ini selalu memberikan semangat baru sehingga Ny. R. dapat mengontrol rasa cemas, dan stressor yang muncul dengan baik Ny.R. percaya bahwa Tuhan tidak akan memberikan beban masalah melebihi kemampuan manusia. Strategi adaptasi disfungsi: Ny. R. mengatakan saat ia sedang dalam keadaan emosi yang biasa ia lakukan ialah bicara dengan suara besar dan marah-marah.

3.1.1.7 Harapan keluarga

Keluarga Ny. R. memiliki harapan yang besar agar semua anggota keluarga selalu sehat terkhususnya Ny. R. bisa sembuh dan kembali normal.

3.1.1.8 Kriteria kemandirian keluarga

Keluarga Ny. R. berada pada kemandirian 2, karena keluarga mampu menerima petugas kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan.

3.1.1.9 Pengkajian keluarga sehat

1. Pengenalan Tempat

Ny. R. tinggal di provinsi Nusa Tenggara Timur, kota Kupang, Kecamatan Maulafa, Kelurahan Oepura, RT/RT 012/005, alamat Jln. Kedondong No. 17. Ny. R. biasa berobat di puskesmas Sikumana.

2. Keterangan keluarga

Jumlah anggota keluarga yang berada didalam rumah satu orang, dengan jumlah anggota keluarga dewasa usia ≥ 15 tahun satu orang, jumlah anggota keluarga usia 12-59 bulan tidak ada, jumlah anggota keluarga diwawancarai satu orang, jumlah anggota keluarga usia 10-54 tahun tidak ada, jumlah anggota keluarga usia 0-11 bulan tidak ada, dan jumlah anggota keluarga ≥ 54 tahun satu orang. Tersedianya air bersih di lingkungan rumah, sumber air bersih tersebut bersumber dari PDAM. Tersedianya jamban dikeluarga dengan jenis jamban seniter kloset. anggota keluarga tidak ada yang pernah didiagnosis menderita gangguan jiwa berat (*schizophrenia*) dan tidak ada anggota keluarga yang dipasung.

3. Keterangan pengumpulan data

Keterangan pengumpulan data ini dikumpulkan oleh mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang atas nama Gregorius Anggara Tadon yang melakukan pengumpulan data pada Ny. R dihari tanggal, 10 Juni 2018.

4. Keterangan anggota keluarga

Keterangan anggota keluarga atas nama Ny. R hubungan anggota keluarga sebagai kepala keluarga, tanggal lahir 27 Januari 1951 dan sekarang berusia 67 tahun. Jenis kelamin perempuan, status perkawinan cerai mati, agama Kristen protestan, Pendidikan terakhir tamat SMA dan pekerjaan sekarang pensiunan PNS.

5. Keterangan individu

Identitas anggota keluarga, Nama anggota keluarga Ny. R dengan nomor urut keluarga 01 dengan Nomor Induk Keluarga 5371026701510001 dengan usia 67 tahun. Gangguan kesehatan, Ny. R. memiliki kartu JKN, tidak merokok, biasanya buang air besar di jamban. Ny. R. biasa menggunakan sarana air bersih, tidak pernah didiagnosis menderita tuberkulosis (TB) paru dan tidak pernah batuk berdahak ≥ 2 minggu. Ny. R. pernah didiagnosis hipertensi oleh dokter dan mendapatkan pengobatan dari dokter tetapi dalam melakukan pengobatan Ny. R. tidak berobat secara teratur.

3.1.1.10 Perhitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS)

Tabel 4.1 Perhitungan Indeks Keluarga Sehat

NO	INDIKATOR	PERTANYAAN RUMAH TANGGA	Ny. R	NILAI KELUARGA
A	B	C	D	
1	keluarga mengikuti program KB		N	N
2	ibu hamil melahirkan di faskes			N

3	Bayi usia 0-11 bulan diberikan imunisasi lengkap			N
4	Pemberian ASI eksklusif bayi 0-6 bulan			N
5	Pemantauan pertumbuhan balita			N
6	Penderita TB paru yang berobat sesuai standar		N	N
7	Penderita hipertensi berobat teratur		T	0
8	Tidak ada anggota keluarga yang merokok		Y	1
9	Keluarga sudah menjadi anggota JKN		Y	1
10	Tempuyai dan menggunakan sarana air bersih	Y	Y	1
11	Menggunakan jamban keluarga	Y	Y	1
12	Penderita gangguan jiwa berat berobat dengan benar	N		N
Indikator bernilai 1/(12-ΣN)				4/(12-7)
Indikator keluarga sehat				0,800

Dengan menggunakan formula $\{1/(12-\Sigma N)\}$, artinya indeks KS dihitung berdasarkan jumlah indikator bernilai '1' dibagi jumlah indikator yang ada di keluarga (12-ΣN). Pada perhitungan di atas didapatkan skor IKS dari keluarga Ny. R adalah $\{4/(12-7)\} = 0,800$. Berdasarkan nilai IKS yang didapat, keluarga Ny. R. termasuk ke dalam kategori keluarga pra sehat.

3.1.2 Diagnosa keperawatan

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan akan dilakukan analisa data pada keluarga Ny. R. dengan anggota keluarga menderita hipertensi yaitu:

Data subyektif: Keluarga mengatakan: *“beta pernah tahu hipertensi tu karna beta terlalu makan makanan yang banyak garam dan banyak makan dangin abis itu yang lainnya beta su sonde tahu lai, dia pung gejala yang beta tahu ju cuma leher sering*

tegang, kepala pusing dan tekan darah naik sa, ai situ beta su sonde tahu yang lain lai, dia pung bahaya beta hanya tahu kalo hipertensi tu bisa buat pembuluh darah pecah yang lain beta su sonde tahu lai, soalnya beta pernah dapat informasi tentang hipertensi dari ibu-ibu digereja dong, ma hanya omong tentang itu sa. Beta hanya tahu kalau beta pun tangan dan kaki su stenga mati bergerak itu karna hipertensi. Oma selalu pergi pi periksa kesehatan di puskesmas sikumana tapi obat dari dokter dong oma sonde mau minum, oma lebih pilih minum obat herbal karna sonde ada efek sampingnya. oma ju kalo ada masalah begini oma selalu bawa semuanya di dalam doa setiap hari, ini penyakit darah tinggi ni penyakit yang berbahaya jadi oma sonde mau terlalu konsumsi dokter pun obat de nanti buat oma tambah sakit ginjal, lebe bae oma minum ini daun afrika sa ini bagus ju sonde ada efek samping pi ginjal.”

Data obyektif: Keluarga kurang mengerti tentang apa itu hipertensi, penyebab dan tanda gejala hipertensi, keluarga kurang mengetahui bahaya/dampak dari hipertensi. Keluarga terlihat kurang paham tentang pengobatan yang didapatkan dari dokter dan lebih memilih mengkonsumsi obat tradisional dari pada obat yang diberikan oleh dokter.

Data yang mendukung Ny. R. menderita hipertensi yang sudah terkomplikasi stroke ringan: gangguan fungsi saraf lokal dengan gejala kelumpuhan pada tangan dan kaki bagian kanan, dan agak sulit untuk berjalan. Dari hasil analisa data hubungan dengan data subjektif, data obyektif dan batas karakteristik maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan terdapat dalam domain 1 promosi kesehatan, kelas 2 manajemen kesehatan dengan kode 00078.

Analisa data yang kedua data subyektif: Keluarga mengatakan: *“oma kalo makan, oma pun anak pertama yang tinggal disamping rumah ni yang masak kasi oma makan ju makan sama-sama makanan bagabung, sonde ada pisah-pisah atau siap makanan khusus buat oma, terus kalo oma ada sakit di kaki dan tangan na katong urut pake minyak nona mas, oma ju kalo makan kalo sonde ada rasa oma suru ko tambah pake garam, kepala kalo sakit na oma hanya tidur ko istirahat sa. Itu sa, soalnya oma sonde tahu cara penggunaan garam dan sonde bisa kalo makan sonde pake garam”*.

Data obyektif: Keluarga kurang mengerti tentang cara penggunaan garam untuk anggota keluarga dengan hipertensi. keluarga juga gagal dalam melakukan pencegahan masalah kesehatan.

Data yang mendukung Ny. R. masih makan makanan yang sama dengan anggota keluarga anaknya. Dari hasil analisa data hubungan dengan data subjektif, data objektif dan batas karakteristik maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu perilaku kesehatan cenderung beresiko terdapat dalam domain 1 promosi kesehatan, kelas 2 manajemen kesehatan dengan kode 00188.

Setelah diagnosa keperawatan ditegakkan selanjutnya adalah menghitung prioritas masalah keperawatan. Berdasarkan diagnosa keperawatan keluarga yang muncul pada analisa data hasil perhitungan prioritas didapatkan dari diagnose pertama yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan kriteria pertama yaitu: sifat masalah skala ancaman kesehatan, skore 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran masalah sudah ada. Kriteria kedua, kemungkinan masalah dapat diubah dengan skala mudah, skore 2 dan bobot 2. Hasil perhitungan $2/2 \times 2 = 2$

dengan alasan pembenaran keluarga menerima informasi dengan positif. Kriteria ketiga yaitu: potensial masalah untuk dicegah dengan skala tinggi, skor 3 dan bobot 1. Hasil perhitungan $3/3 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran keluarga menunjukkan kemauan untuk merubah perilaku. Kriteria keempat yaitu: menonjolnya masalah dengan skala berat/harus segera ditangani, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/2 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran masalah telah ada, dan mengancam kesehatan. Jumlah total hasil perhitungan yang didapatkan pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan yaitu 4,6.

Diagnose kedua yaitu perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan kriteria pertama yaitu: sifat masalah skala ancaman kesehatan, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran masalah sudah terjadi. Kriteria kedua, kemungkinan masalah dapat diubah dengan skala sebagian, skor 1 dan bobot 2. Hasil perhitungan $1/2 \times 2 = 1$ dengan alasan pembenaran keluarga keluarga kurang mengetahui factor penyebab. Kriteria ketiga yaitu: potensial masalah untuk dicegah dengan skala cukup, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran kurangnya pengetahuan keluarga sehingga keluarga tidak memiliki kesiapan untuk pencegahan penyakit. Kriteria keempat yaitu: menonjolnya masalah dengan skala berat/harus segera ditangani, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/2 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran masalah telah ada, dan mengancam kesehatan. Jumlah total hasil perhitungan yang didapatkan pada diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko yaitu 3,2. Dari hasil perhitungan prioritas yang menjadi prioritas utama pada kasus keluarga Ny. R. yaitu diagnosa keperawatan

ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hasil score tertinggi 4,6. Setelah itu diikuti dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan hasil score terendah yaitu 3,2.

3.1.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul ketidakefektifan manajemen kesehatan dan perilaku kesehatan cenderung beresiko dan hasil perhitungan prioritas menjadi prioritas utama pada kasus keluarga Ny. R. yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hasil score tertinggi 4,6. Setelah itu diikuti dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan hasil score terendah yaitu 3,2.

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan didapatkan ada 3 TUK yang menjadi masalah yaitu: pertama, keluarga mengenal masalah kesehatan. Kedua, Keluarga memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, dan yang ketiga, keluarga belum merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan.

TUK 1: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan pertama yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada doamain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas S tentang pengetahuan tentang kesehatan dengan luaran: pengetahuan manajemen hipertensi dengan kode 1837 yaitu pemahaman tentang tekanan darah tinggi, pengobatan dan pencegahan serta komplikasinya meningkat dari 2

(pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak). dengan lima indicator yaitu: pertama, Manfaat pengobatan jangka panjang kode 183707. Kedua, Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan kode 183709. Ketiga, pentingnya mematuhi pengobatan kode 183713. Keempat, diet yang dianjurkan kode 183721. Dan kelima, strategi yang membatasi intake sodium kode 183723.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan pertama keluarga mampu mengenal masalah kesehatan penulis mengambil pada domain 3 tentang perilaku, kelas S tentang pendidikan kesehatan dengan tiga intervensi yaitu: pertama, pengajaran proses penyakit kode 5602. Aktifitas yang diambil yaitu: Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang proses penyakit, riview pengetahuan keluarga tentang keadaan penyakit, jelaskan tanda dan gejala umum tentang penyakit, identifikasi factor penyebab penyakit, berikan informasi tentang keadaan penyakit, identifikasi tentang perubahan fisik akibat penyakit, diskusikan perubahan gaya hidup lebih sehat untuk mencegah komplikasi, instruksikan keluarga untuk mengontrol tanda dan gejala penyakit. Kedua, pengajaran presep diet dengan kode 5614. Aktifitas yang diambil yaitu: kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya termasuk makanan yang disukai dan pola makan saat itu, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan diperbolehkan. jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum dan libatkan pasien dan keluarga. Ketiga, pengajaran presep obat-obatan dengan kode 5616. Aktifitas yang diambil yaitu: instruksikan pasien mengenai tujuan dan kerja

setiap obat, instruksikan mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat, evaluasi kemampuan pasien untuk memberikan obat secara mandiri.

TUK 2: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan kedua yaitu keluarga mampu mengambil keputusan Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu mengambil keputusan dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas R kepercayaan tentang kesehatan dengan luaran: kepercayaan mengenai kesehatan dengan kode 1621 yaitu keyakinan pribadi yang mempengaruhi kesehatan meningkat dari 2 (lemah) menjadi 4 (kuat) dengan indikator: pertama, merasa pentingnya mengambil tindakan kode 170001. Kedua, merasakan ancaman jika tidak bertindak kode 170002. Ketiga, merasakan manfaat bertindak 170003.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan kedua keluarga mampu mengambil keputusan penulis mengambil pada domain 3 tentang perilaku, kelas R bantuan koping dengan satu intervensi yaitu: dukungan pengambilan keputusan kode 5250. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan apakah terdapat perbedaan antara pandangan pasien dan pandangan penyediaan perawatan kesehatan mengenai kondisi pasien, informasikan kepada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternative dengan cara yang jelas dan mendukung, bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternative pilihan, fasilitasi percakapan pasien mengenai tujuan perawatan, berikan informasi sesuai permintaan pasien dan jadilah sebagai penghubung antara pasien dan keluarga.

TUK 3: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan ketiga yaitu mampu memberikan perawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas FF tentang manajemen kesehatan dengan luaran: manajemen diri: hipertensi dengan kode 3107 yaitu tindakan seseorang untuk mengelola hipertensi, pengobatan, pencegahan perkembangan penyakit dan komplikasinya meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). Dengan tiga indikator yaitu: pertama, memantau tekanan darah kode 310701. Kedua, menggunakan obat-obat sesuai resep kode 310705. Ketiga, membatasi asupan garam kode 310714.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan ketiga keluarga mampu memberikan perawatan penulis mengambil pada domain 2 tentang fisiologi: kompleks, kelas H tentang manajemen obat-obatan dengan tiga intervensi yaitu: pertama, skrining kesehatan kode 5602. Aktifitas yang diambil yaitu: ukur tekanan darah, tinggi badan, berat badan, kolesterol dan gula darah yang sesuai, berikan informasi tentang pemeriksaan diri yang tepat selama skrining dan berikan hasil skrining kepada pasien. Kedua, manajemen obat dengan kode 2380. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut askep dan atau protocol, tentukan kemampuan pasien untuk mengobati diri sendiri dengan cara yang tepat, ajarkan pasien dan atau anggota keluarga mengenai tindakan dan efek samping yang diharapkan dari obat, berikan pasien dan atau anggota keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat

yang tepat. Dan ketiga, manajemen nutrisi dengan kode 1100. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien, atur diet yang diperlukan bagi pasien, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit.

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko didapatkan 2 TUK yaitu: pertama, keluarga mengenal masalah kesehatan. Kedua, keluarga belum merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan.

TUK 1: *NOC (Nursing Outcomes Classification)* pada tujuan pertama yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas T tentang control resiko dan keamanan dengan luaran: kontrol resiko hipertensi dengan kode 1928 yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang berkaitan dengan tekanan darah tinggi meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) dengan tiga indicator yaitu: pertama, mengidentifikasi factor resiko hipertensi kode 192802. Kedua, mengenali factor resiko individu terkait hipertensi kode 192803. Ketiga, mengenali kemampuan untuk merubah perilaku kode 192804.

NIC (Nursing Interventions Classification) pada tujuan pertama keluarga mampu mengenal masalah kesehatan penulis mengambil pada domain 4 tentang keamanan, kelas V tentang manajemen resiko dengan satu intervensi yaitu: identifikasi resiko

dengan kode 6610. Aktifitas yang diambil yaitu: kaji ulang riwayat kesehatan lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, identifikasi resiko biologis lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik, identifikasi strategi koping yang digunakan dan diskusikan dan rencanakan aktifitas, pengurangan resiko, berkolaborasi dengan individu dan kelompok.

TUK 3: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada tujuan ketiga yaitu mampu memberikan perawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas Q tentang perilaku sehat dengan luaran: perilaku pencarian kesehatan dengan kode 1603 yaitu tindakan pribadi untuk mempromosikan kesejahteraan yang optimal pemulihan dari rehabilitasi meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) dengan tiga indikator yaitu: pertama, mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kesehatan kode 160301. Kedua, melakukan perilaku kesehatan dengan inisiatif sendiri kode 160314. Ketiga, melakukan perilaku yang disarankan kode 160308.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan ketiga keluarga mampu memberikan perawatan penulis mengambil pada domain 4 tentang keamanan, kelas V tentang manajemen resiko dengan satu intervensi yaitu: modifikasi perilaku dengan kode 4360. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan motivasi klien terhadap perubahan perilaku mengkonsumsi makanan dengan garam berlebihan dan dukung untuk mengganti kebiasaan yang tidak diinginkan dengan kebiasaan yang diinginkan.

3.1.4 Implementasi keperawatan

Pada kasus keluarga Ny. R. tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keluarga dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan di keluarga pada keluarga Ny. R. yaitu:

1. Kunjungan rumah hari pertama (Selasa, 12/06/2018 pukul 11.00 WITA)

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: memberikan pendidikan tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan hipertensi, memberikan pendidikan tentang diet rendah garam dan rendah lemak yang tepat untuk pasien hipertensi, memberikan pendidikan tentang pengobatan.

TUK 2 yaitu: mendukung keluarga dalam membuat keputusan untuk mengkonsumsi obat yang diberikan oleh dokter dengan menjelaskan tentang manfaat obat yang didapatkan dari dokter, keuntungan dari penggunaan obat dari dokter. Kerugian penggunaan obat-obat herbal, membangun harapan keluarga untuk mau melakukan pengobatan yang sesuai dengan dosis dan rute dari obat yang.

TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada semua anggota keluarga Ny. R, memberikan pendidikan kepada anak pertama Ny. R. tentang cara mempersiapkan makanan yang baik (menyiapkan diet rendah garam rendah lemak) bagi Ny. R. mengajarkan ROM aktif dan pasif.

2. Kunjungan rumah hari kedua (Rabu, 13/06/2018 pukul 10.00 WITA).

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: mengreview kembali tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan hipertensi, pengetahuan tentang diet

rendah garam dan rendah lemak yang tepat untuk pasien hipertensi, dan pengetahuan tentang pengobatan.

TUK 3 yaitu: mendukung keluarga dalam membuat keputusan untuk mengkonsumsi obat yang diberikan oleh dokter dengan menjelaskan tentang manfaat obat yang didapatkan dari dokter, keuntungan dari penggunaan obat dari dokter. Kerugian penggunaan obat-obat herbal, membangun harapan keluarga untuk mau melakukan pengobatan yang sesuai dengan dosis dan rute dari obat yang. TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada semua anggota keluarga Ny. R, mengreview kembali kepada anak pertama Ny. R. tentang cara mempersiapkan makanan yang baik (menyiapkan diet rendah garam rendah lemak) bagi Ny. R. melakukan ROM aktif dan mengajarkan senam kaki diabetic.

3. Kunjungan rumah hari ketiga (Kamis, 14/06/2018 pukul 11.00 WITA).

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: mengreview kembali tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan hipertensi, pengetahuan tentang diet rendah garam dan rendah lemak yang tepat untuk pasien hipertensi, dan pengetahuan tentang pengobatan.

TUK 2 yaitu: mendukung keluarga dalam membuat keputusan untuk mengkonsumsi obat yang diberikan oleh dokter dengan menjelaskan tentang manfaat obat yang didapatkan dari dokter, keuntungan dari penggunaan obat dari dokter. Kerugian penggunaan obat-obat herbal, membangun harapan keluarga untuk mau melakukan pengobatan yang sesuai dengan dosis dan rute dari obat yang.

TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada semua anggota keluarga Ny. R, mengreview kembali kepada anak pertama Ny. R. tentang cara mempersiapkan makanan yang baik (menyiapkan diet rendah garam rendah lemak) bagi Ny. R. melakukan ROM aktif dan melakukan latihan senam kaki diabetik.

Pada kasus keluarga Ny. R. tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keluarga dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko di keluarga pada keluarga Ny. R. yaitu:

1. Kunjungan rumah hari pertama (Selasa, 12/06/2018 pukul 11.00 WITA)

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: memberikan pendidikan tentang factor-faktor resiko hipertensi, memberikan pendidikan tentang teknik relaksasi. TUK 3 yaitu: memberikan pendidikan kepada anak pertama Ny. R. tentang cara penggunaan garam yang sesuai dengan anjuran.

2. Kunjungan rumah hari kedua (Rabu, 13/06/2018 pukul 10.00 WITA).

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: mengreview pengetahuan tentang factor-faktor resiko hipertensi dan teknik relaksasi. TUK 3 yaitu: mengreview pengetahuan Ny. R. tentang cara penggunaan garam yang sesuai dengan anjuran.

3. Kunjungan rumah hari ketiga (Kamis, 14/06/2018 pukul 11.00 WITA).

Implementasi yang dilakukan pada TUK 1 yaitu: mengreview pengetahuan tentang factor-faktor resiko hipertensi dan teknik relaksasi. TUK 3 yaitu: mengreview pengetahuan Ny. R. tentang cara penggunaan garam yang sesuai dengan anjuran.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari terakhir tanggal 15 juni 2018 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada keluarga Ny. R. selama \pm 3 hari; pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan hasil evaluasi formatif didapatkan sebagai berikut:

Data subyektif: Keluarga mengatakan: *“beta su mengerti tentang hipertensi, beta ingat dari yang nyong jelaskan tu hipertensi adalah tekanan darah yang dia pun sistol lebih dari 140 dan dia pun diastole lebih dari 90, dia pung penyebab karna gaya hidup yang tidak sehat seperti, mengkonsumsi garam berlebihan, kegemukan, keturunan, kurang gerak dan konsumsi alcohol dan merokok, kalo sonde berobat dan terapi berarti nanti bisa stroke dan lupuh selamanya. Dia pung makanan ju katong su siap yang sonde boleh talalu bagaram dan baminyak dan kalo masak harus pisahkan untuk beta pun sendiri, konsumsi garam ju harus satu sendok teh sehari sonde boleh lebih lai. beta su bisa latihan gerak-gerak beta pun tangan dan kaki sendiri sesuai dengan poster yang nyong kasi di beta. beta ju su masi belum bisa pikir untuk harus ko minum obat dari dokter dan berhenti untuk mengkonsumsi obat herbal, soalnya kasiat obat herbal lebih beta rasa dari obat yang beta minum dari dokter, air obat dari dokter ju yang ada bisa buat beta sakit ginjal lai, mendingan obat herbal ko sonde ada efek samping apa-apa”*.

Data obyektif:

1. Keluarga mampu mengenal masalah: keluarga terlihat paham dan dapat menjelaskan kembali tentang proses penyakit, bahaya/dampak dari hipertensi,

penanganan/perawatan hipertensi, diet rendah garam dan rendah lemak, serta pengobatan yang tepat untuk pasien hipertensi.

2. Keluarga belum mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat: keluarga terlihat masih bingung dan masih mempertimbangkan untuk berhenti mengonsumsi obat herbal, keluarga terlihat sangat optimis untuk sembuh dan memiliki kemauan untuk merubah gaya pola hidup sehat.

3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan: keluarga sudah menyiapkan makanan yang rendah garam rendah lemak dan pasien mulai berlatih ROM aktif dan senam kaki diabetic dengan menggunakan media poster yang diberikan, pasien dapat menggerakkan sedikit demi sedikit tangan dan kaki kanannya.

Asesment: Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit teratasi, ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan untuk mengonsumsi obat dari dokter belum teratasi karena alasan keyakinan yang masih belum bisa diubah.

Planing: Intervensi yang ada tetap dipertahankan dan dilanjutkan oleh keluarga Ny. R.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko hasil evaluasi formatif didapatkan sebagai berikut:

Data subyektif: Keluarga mengatakan: "*beta su mengerti tentang cara pencegahan dan factor resiko tentang hipertensi, beta ingat dari yang nyong jelaskan tu*

penggunaan garam untuk orang yang hipertensi itu cukup satu sendok teh untuk satu hari saja, sonde boleh lebih lai. makanan-makanan yang harus dihindari itu seperti, makanan bepengawet seperti ikan kaleng, sayur kaleng dan mie instan, terus minuman yang bersoda dan beralkohol, beta ju harus hindari asap rokok. untuk masak kasi beta makan ju harus dipisahkan kusus untuk beta sendiri. terus beta ju harus makan makanan yang tidak terlalu mengandung banyak lemak seperti ikan goreng, dan dangin sei.”

Data obyektif:

1. Keluarga mampu mengenal masalah: keluarga terlihat paham dan dapat menjelaskan kembali tentang factor resiko dari hipertensi, bahaya/dampak dari penggunaan garam berlebihan, makan-makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.
2. Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan: keluarga sudah menyiapkan makanan yang rendah garam (satu sendok the untuk satu hari) rendah lemak dan pasien mulai berlatih ROM aktif dan latihan senam kaki diabetic dengan menggunakan media poster yang diberikan, pasien dapat menggerakan sedikit demi sedikit tangan dan kakinya.

Asesment: Ketidakmampuan keluarga mengenal factor resiko hipertensi dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit teratasi,

Planing: Intervensi yang ada tetap dipertahankan dan dilanjutkan oleh keluarga Ny. R.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

3.2.1.1 Data demografi keluarga

Menurut Ardianstah (2012), Factor resiko penyebab hipertensi yaitu: genetic, jenis kelamin dan usia laki-laki berusia 35 sampai 50 tahun dan wanita menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi, obesitas, merokok, alcohol polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stress

Berdasarkan teori di atas hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan, Ny. R berumur 67 tahun dan juga sudah memasuki usia pasca menopause. Hipertensi bisa terjadi pada semua usia, tetapi semakin bertambah usia seseorang maka resiko terkena hipertensi semakin meningkat. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada, elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Smeltzer, 2009).

Menurut hasil penelitian terbaru di *Wake Forest Baptist Medical Center* (2018). Hipertensi lebih beresiko 30-40 persen terjadi pada wanita ini dikarenakan wanita memiliki dua hormone yang berbeda dengan laki-laki yaitu hormone progesteron dan hormone estrogen, ini diakibatkan karna pada saat menopause terjadinya ketidakstabilan kedua hormone tersebut yang akan mengakibatkan terjadinya darah tinggi setelah menopause 45-50 tahun. Berat badan yang berlebih

akan membuat aktifitas fisik menjadi berkurang. Akibatnya jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah.

Obesitas dapat ditentukan dari hasil indeks mass tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan (Supariasa, 2012).

Pada status gizi didapatkan TB: 165 cm, BB: 75 kg, Hasil perhitungan IMT didapatkan 27 dengan kategori obesitas 1, dari studi kasus yang didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

3.2.1.2 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut Kowalak (2016), tekanan darah tinggi dalam waktu lama akan merusak pembuluh darah sehingga mempercepat terjadinya penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri. komplikasi dari hipertensi termaksud rusaknya organ tubuh seperti jantung, mata, ginjal, otak, dan pembuluh darah besar. Hipertensi adalah factor risiko utama untuk penyakit serebrovaskular (stroke, transient ischemic attact), penyakit arteri coroner (infark myocard, angina), gagal ginjal, demensia, dan atrial fibrilasi.

Berdasarkan teori di atas hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan Riwayat penyakit Ny. R ia sudah menderita hipertensi dari tahun 2012 hingga sekarang dan pada tahun 2017 bulan desember Ny. R terkena stroke, hal ini sejalan dengan teori dari Kowalak (2016).

Salah satu factor resiko penyebab hipertensi adalah factor genetic, adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada teori dan pada kasus Ny. R Tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dalam keluarga seperti asma, DM, hipertensi pada kedua orang tua Ny. R. tetapi Ny. R. menderita hipertensi, ini diakibatkan karna kurang pengetahuan Ny. R mengenai hipertensi yang ditunjukkan pada pola hidup dan perilaku Ny. R yang sangat beresiko terkena hipertensi.

3.2.1.3 Data lingkungan

Faktor lingkungan dapat meningkatkan resiko penyakit hipertensi. factor lingkungan disini meliputi factor-faktor yang dapat dimodifikasi, demikian suatu perubahan gaya hidup dan lingkungan dimungkinkan dapat menurunkan potensi terkena hipertensi dan memperburuk penderita hipertensi, factor lingkungan tersebut antara lain, lingkungan rumah lantai yang licin, ribut dan gaduh, stress, obesitas dan kurang olah raga dll (Familia D, 2010).

Berdasarkan kasus nyata dan teori yang ada, ditemukan tidak adanya kesenjangan antara teori dimana Keluarga Ny. R. tinggal di rumah milik sendiri dengan luas bangunan rumah 8m x 9m (72 m²) dan ada pekarangan seluas 184 m². Jenis bangunan rumah permanen lantai keramik dan tidak licin, terdapat 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 1 ruang keluarga, 1 dapur dan 2 kamar mandi + wc. Kondisi rumah bersih dibersihkan setiap hari, Terdapat jendela dan dilengkapi dengan ventilasi yang baik, pencahayaan rumah di siang hari cukup dan pada malam hari penerangan memakai listik dimana masing-masing ruangan dan halaman depan terdapat lampu untuk penerangan. Mempunyai saluran pembuangan air limbah.

Keluarga menggunakan air bersih berjenis PDAM untuk kebutuhan sehari-hari, jamban keluarga memenuhi syarat berjenis leher angsa. Keluarga mempunyai tempat pembuangan sampah sehingga sampah langsung di bakar. Denah rumah Ny. R. (terlampir).

Keluarga Ny. R. tinggal di lingkungan yang tidak padat penduduk, cukup rapi dan bersih, ada banyak tanaman didepan rumah, umumnya tetangga memiliki suku yang berbeda-beda, tidak ada kesulitan dalam kehidupan sehari-hari, hubungan dengan tetangga baik, keluarga juga ikut aktif dalam kegiatan rohani dan kegiatan RT dalam kelompok masyarakat.

3.2.1.4 Struktur keluarga

Menurut Tamher & Noorkasiani (2009) dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan suatu masalah. apabila ada dukungan, maka rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang akan terjadi akan meningkat.

Berdasarkan kasus nyata dan teori yang ada, ditemukan Ny. R melaksanakan perannya dengan baik yaitu sebagai ibu untuk anak-anaknya, sebagai mertua untuk anak mantunya dan sebagai nenek untuk cucu-cucunya. Keluarga Ny. R. sangat menjaga norma dalam keluarga di mana Ny. R selalu mengingatkan Anak-anaknya, menantunya dan cucu-cucunya untuk beribadah setiap hari minggu dan mengikuti ibadah keluarga, dan selalu memperhatikan sopan santun. Keluarga Ny. R. berkomunikasi dengan menggunakan bahasa indonesia. Ny. R. mengatakan selalu berdiskusi secara terbuka dan langsung dalam menyelesaikan suatu masalah dan

keluarga selalu mendukung Ny. R dalam pengobatan yang bertujuan untuk kesembuhan Ny. R.

3.2.1.5 PHBS dirumah tangga

Diet yang tepat untuk pasien hipertensi menurut Kemenkes RI (2013), yaitu diet yang mengutamakan beberapa grup makanan, seperti lebih banyak buah, sayuran, dan makanan yang mengandung biji-bijian, produk susu rendah lemak, makanan kaya natrium dan kalsium serta rendah natrium, Sedangkan makanan yang harus dihindari atau dibatasi Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih). Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, crackers, keripik dan makanan kering yang asin). Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, *soft drink*). Berdasarkan kasus nyata dan teori yang ada, ditemukan Keluarga Ny. R. setiap hari mengkonsumsi nasi, sayur, tahu, tempe, telur, ikan kering, minum air putih dan kadang makan dangin se'i babi, Ny. R. juga jarang mengkonsumsi buah. Hal ini tidak sejalan dengan teori yang ada, dimana Ny. R masih mengkonsumsi ikan kering, dan telur.

Ny. R. semenjak sakit, setiap harinya melakukan aktivitas duduk dan membantu anaknya menjaga kios yang ada didepan rumah, sedangkan anak pertamanya yang tinggal bersebelahan dengannya melakukan aktivitas seperti memasak, mencuci, menyapu halaman, dan lain- lain. Keluarga Ny. R. mengumpulkan sampah pada tempat pembuangan sampah yang berada di depan rumah dan dibelakang rumah jika sudah penuh sampah akan dibuang di bak sampah

yang ada di depan kios dan langsung dibakar, membersihkan tempat penampungan air seminggu sekali atau air dalam tempat penampungan sudah habis. Keluarga Ny. R. tidak ada yang merokok dalam rumah.

Berdasarkan kasus nyata dan teori yang ada kerja keras penuh tekanan yang mendominasi gaya hidup masa kini menyebabkan stres berkepanjangan. Kondisi ini memicu berbagai penyakit seperti sakit kepala, sulit tidur, gastritis, jantung dan hipertensi. Gaya hidup modern cenderung membuat berkurangnya aktivitas fisik (olahraga). Konsumsi alkohol tinggi, minum kopi, merokok. Semua perilaku tersebut merupakan memicu naiknya tekanan darah. (Sutono, 2008).

3.2.1.6 Stres dan stressor

Menurut teori Reuben Hill (1949), yang mengemukakan tentang teori stress keluarga yang membagi kedalam tiga variable yaitu: variable A adalah peristiwa pencetus atau stressor, variable B adalah kekuatan keluarga atau sumber yang tersedia untuk membantu keluarga dalam menghadapi peristiwa yang menimbulkan stress. Sumber keluarga mencakup kepercayaan agama, keuangan, dukungan social, dan kesehatan fisik. Variabel C adalah defisini keluarga mengenai keseriusan peristiwa yang menimbulkan stress atau makna subjektif yang dilekatkan keluarga pada peristiwa tersebut. Kombinasi tiga variable ini mempengaruhi kemampuan keluarga untuk mencegah perubahan yang terkait dengan peristiwa yang menimbulkan stress.

Salah satu factor resiko penyebab hipertensi adalah stress. Dari kasus keluarga Ny. R. dari hasil pengkajian yang didapatkan bahwa Ny. R. tidak mengalami stress jangka Panjang maupun stress jangka pendek, ini dibuktikan dengan adanya

kombinasi dari tiga variable yang baik menurut teori dari Reuben Hill (1949), sehingga peristiwa yang menimbulkan stress ini tidak terjadi pada keluarga Ny. R.

3.2.1.7 Fungsi keluarga

1. Mengenal masalah kesehatan

Berdasarkan lima fungsi keluarga yaitu, pertama keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dimana Ny. R. kurang mendapatkan informasi mengenai hipertensi sehingga menimbulkan perilaku yang beresiko terhadap hipertensi dan mengakibatkan komplikasi terjadinya stroke ringan pada kaki dan tangan bagian kanan dari Ny. R. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007), yaitu, karna adanya proses pendidikan sebelumnya yang melalui beberapa tahap hingga kemudian terbentuk pola perilakunya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan

Keluarga belum mampu mengambil keputusan tentang tindakan kesehatan yang tepat dimana Ny. R terlihat masih tidak mau untuk mengkonsumsi obat dokter dan lebih memilih obat herbal, ini diakibatkan Ny. R. takut terkena penyakit ginjal akibat mengkonsumsi obat dari dokter.

Hal ini sejalan dengan teori dari Kurt Lewin (1970) yaitu perilaku manusia yang menjelaskan tentang suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving force*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining force*). Perilaku

itu dapat berubah apabila terjadi ketidak-seimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang. Jika keadaan kekuatan pendorong menurun dan kekuatan penahan meningkat maka akan muncul perilaku yang negative, sebaliknya jika kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun maka akan berperilaku positif.

Pada kasus Ny. R. yang menjadi kekuatan-kekuatan pendorong (*driving force*) yaitu: pentingnya pengobatan hipertensi untuk mencegah terjadinya komplikasi dari hipertensi, dan yang menjadi kekuatan-kekuatan penahan (*restining force*) yaitu: informasi mengenai obat herbal dan indikasi penggunaan obat hipertensi yang salah. kekuatan pendorong yang berada didalam diri Ny. R. sudah mengalami penurunan dan terjadinya peningkatan kekuatan penahan. sehingga diakibatkan perilaku Ny. R. yang tidak mau minum obat dari dokter dan lebih memilih obat herbal.

3. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga belum mampu merawat anggota keluarga, anak pertama Ny. R tinggal disamping rumahnya Ny. R. dalam makan minum sehari-hari biasa dibuatkan oleh anak pertamanya, dalam menyiapkan makanan untuk Ny. R. anaknya tidak memisahkan makanan kusus untuk Ny. R. masakan yang dimasak semuanya sama dengan anggota keluarga anak pertamanya. Ny. R juga dalam pola makan sehari-hari Ny. R. tidak bisa makan makanan yang tidak ada rasa.

Teori yang dikemukakan oleh Fitz Patrick (2004), yaitu untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan, keluarga secara fungsional difokuskan pada tugas-tugas yang dilakukan oleh keluarga dengan penekanan pada terpenuhinya tugas-tugas dan fungsi-

fungsi psikososial. Salah satu fungsi tersebut mencakup fungsi perawatan yaitu perilaku keluarga yang menyiapkan makanan untuk anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Hal ini tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Fitz Patrick (2004). Dikarenakan anak pertama Ny. R. menyiapkan makanan untuk Ny. R. iya tidak memisahkan makanan kusus untuk Ny. R. masakan yang dimasak semuanya sama dengan anggota keluarga anak pertamanya. sehingga fungsi perawatan didalam rumah tidak berjalan dengan baik dan akan sangat berdampak bagi kesehatan anggota keluarga.

4. Kemampuan keluarga memelihara/memodifikasi lingkungan yang sehat

Keluarga mampu memelihara dan memodifikasi lingkungan karena kondisi rumah Ny. R selalu bersih, pencahayaan baik, lantai tidak licin, terdapat pintu dan jendela yang dilengkapi dengan ventilasi disetiap ruangan. Suasana rumah nyaman dan tenang, tidak ada keributan atau kegaduhan dan keluarga saling mendukung satu sama lain. Penilaian perilaku dan lingkungan merupakan factor-faktor yang memberi kontribusi kepada masalah kesehatan. Dimana factor perilaku merupakan gaya hidup perorangan yang beresiko memberikan dukungan kepada kejadian dan kesulitan masalah kesehatan. Sedangkan factor lingkungan merupakan semua factor-faktor social dan fisiologis diluar kepada seseorang, sering tidak mencapai titik control perorangan, yang dapat dimodifikasi untuk mendukung perilaku atau mempengaruhi hasil kesehatan. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Green dkk (1999).

5. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Ny. R. jika saat mengalami sakit selalu pergi berobat ke fasilitas kesehatan terdekat yaitu puskesmas sikumana. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara mandiri atau Bersama-sama, dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Loomba & Levey (2007).

3.2.1.8 Pemeriksaan Fisik

Menurut Brunner & Suddart (2015), Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistoliknya ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Berdasarkan tinggi rendahnya *sistolik* dan *diastolic* maka dapat beberapa stadium hipertensi meliputi: hipertensi ringan apabila *sistolik* 140-159 mmHg dan *diastolic* 90-99 mmHg, hipertensi sedang apabila *sistolik* 160-179 mmHg dan *diastolic* 100-109 mmHg, hipertensi berat apabila *sistolik* 180-209 mmHg dan *diastolic* 110-119 mmHg, hipertensi sangat berat apabila *sistolik* ≥ 210 mmHg dan *diastolic* ≥ 120 mmHg. Nilai normal tekanan darah menurut WHO yaitu 120/80 mmHg sampai 130/90 mmHg. Berdasarkan teori tersebut dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan pada Ny. R. didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah 160/90 mmHg dan termasuk dalam kategori hipertensi sedang.

Menurut Nurarif (2015), tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi dua yaitu: yang pertama, tidak ada gejala. Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh

dokter yang memeriksa. hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur. Kedua yaitu, gejala yang lazim. Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan, dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa keluhan-keluhan yang tidak spesifik pada penderita hipertensi antara lain: sakit kepala, perasaan gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, leher terasa tegang, mudah lelah, dan mual muntah. Berdasarkan teori di atas dilihat dari tanda dan gejala hipertensi sesuai dirasakan oleh Ny. R. dimana Ny. R. mengeluh leher terasa tegang, mudah lelah, sakit kepala dan pusing.

3.2.1.9 Hasil Perhitungan IKS

Perhitungan hasil indikator keluarga sehat yang didapatkan pada keluarga Ny. R. dari 12 indikator keluarga sehat yang menjadi indikator yang bermasalah adalah indikator Penderita hipertensi berobat teratur, dimana Ny. R. sudah terdiagnosis menderita hipertensi oleh dokter dan mendapatkan pengobatan hipertensi, tetapi Ny. R. tidak melakukan pengobatan dengan baik dan lebih memilih menggunakan obat tradisional. Nilai keluarga pada indikator penderita hipertensi berobat teratur bernilai 0. Sehingga hasil perhitungan dengan menggunakan formula $\{1/(12-\Sigma N)\}$, artinya indeks keluarga sehat dihitung berdasarkan jumlah indikator bernilai '1' dibagi jumlah indikator yang ada di keluarga $(12-\Sigma N)$.

Pada perhitungan di atas didapatkan skor IKS dari keluarga Ny. R. adalah $\{4/(12-7)\}=0,800$. Berdasarkan nilai IKS yang didapat, keluarga Ny. R. termasuk ke

dalam kategori keluarga pra sehat. Intervensi yang dilakukan berdasarkan teori jika indicator penderita hipertensi berobat teratur menjadi masalah dalam 12 indikator adalah menjelaskan penyakit hipertensi, pengobatan dan cara pencegahannya. Intervensi ini memiliki kaitan dengan masalah keperawatan tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sehingga intervensi ini sudah dilaksanakan dalam bentuk pendidikan kesehatan mengenai, proses penyakit hipertensi, diet yang dianjurkan kepada penderita hipertensi dan pengobatan hipertensi.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga pada keluarga dengan masalah hipertensi yang muncul pada teori menurut buku *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas, (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dilengkapi dengan standar asuhan keperawatan individu, keluarga dan komunitas* (Teli, 2018), dengan diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dan perilaku kesehatan cenderung beresiko.

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan NANDA klarifikasi 2015-2017 yaitu, pertama ketidakefektifan manajemen kesehatan dan Perilaku kesehatan cenderung beresiko, dalam kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini disebabkan karna pada kasus nyata ditemukan data-data yang sesuai dengan batas karakteristik dari diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dan perilaku kesehatan cenderung beresiko.

Diagnosa keperawatan keluarga ini dirumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian dan ditulis dalam formulasi penulisan diagnose keperawatan keluarga yaitu, menggunakan ketentuan diagnose keperawatan NANDA, 2015-2017, diagnosa keperawatannya tanpa disertai dengan etiologi (*single diagnosis*), lima fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga dijadikan fokus pada tujuan khusus, dan tambahkan pernyataan anggota keluarga yang teridentifikasi memiliki masalah kesehatan (Teli, 2018).

Berdasarkan teori tersebut, dari hasil pegkajian Ny. R. didapatkan diagnosa keperawatan keluarga yaitu, diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan NANDA klarifikasi 2015-2017 yaitu: pertama, ketidakefektifan manajemen kesehatan terdapat dalam domain 1 promosi kesehatan, kelas 2 manajemen kesehatan dengan kode 00078 diagnosa keperawatan ini muncul berdasarkan tiga fungsi keluarga yang mengalami masalah yaitu: keluarga belum mengenal masalah kesehatan, keluarga belum dapat mengambil keputusan dan keluarga belum dapat merawat anggota keluarga yang sakit. Ini terjadi akibat beberapa factor yang mempegaruhi perilaku sehat yang membuat keluarga tidak dapat menjalankan lima fungsi keluarga dengan baik.

Hal ini sejalan dengan teori dari Sulihan (2002), yang mengemukakan tentang factor-factor yang mempengaruhi perilaku sehat, saat perilaku sehat dapat terbentuk karena berbagai pengaruh atau rangsangan yang bersifat internal dan eksternal. factor predisposisi merupakan factor internal yang ada pada individu, keluarga, dan kelompok atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku seperti

pengetahuan, sikap, nilai, persepsi dan keyakinan. Factor eksternal yaitu factor pemungkin merupakan factor yang memungkinkan individu berperilaku karena tersedianya sumber daya, keterjangkauan, rujukan dan keterampilan dan factor penguat merupakan factor yang menguatkan perilaku seperti, sikap dan keterampilan petugas kesehatan, teman sebaya, dan orang tua.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu: perilaku kesehatan cenderung beresiko terdapat dalam domain 1 promosi kesehatan, kelas 2 manajemen kesehatan dengan kode 00188. Perilaku kesehatan yang beresiko ini akan mejadi sasaran promosi kesehatan.

Hal ini sejalan dengan teori dari Notoatmodjo (2014), yang mengemukakan tentang Pendidikan dapat merubah perilaku (*behavior change*). perubahan perilaku kesehatan sebagai tujuan dari Pendidikan kesehatan sekurangnya mempunyai tiga dimensi yaitu: mengubah perilaku negative (tidak sehat) menjadi perilaku positif (sesuai dengan nilai-nilai kesehatan), mengembangkan perilaku positif atau perilaku yang sudah sesuai dengan nilai kesehatan (perilaku sehat)/mempertahankan perilaku sehat.

Berdasarkan Kasus ditemukan ada dua diagnosa keperawatan keluarga yang muncul pada analisa data jadi perlu dibuat perhitungan prioritas masalah, hasil perhitungan prioritas didapatkan dari diagnose pertama yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan kriteria pertama yaitu: sifat masalah skala ancaman kesehatan, skore 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $\frac{2}{3} \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran masalah sudah ada. Kriteria kedua, kemungkinan masalah dapat diubah

dengan skala mudah, skor 2 dan bobot 2. Hasil perhitungan $2/2 \times 2 = 2$ dengan alasan pembenaran keluarga menerima informasi dengan positif. Kriteria ketiga yaitu: potensial masalah untuk dicegah dengan skala tinggi, skor 3 dan bobot 1. Hasil perhitungan $3/3 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran keluarga menunjukkan kemauan untuk merubah perilaku. Kriteria keempat yaitu: menonjolnya masalah dengan skala berat/harus segera ditangani, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/2 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran masalah telah ada, dan mengancam kesehatan. Jumlah total hasil perhitungan yang didapatkan pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan yaitu 4,6.

Diagnose kedua yaitu perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan kriteria pertama yaitu: sifat masalah skala ancaman kesehatan, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran masalah sudah terjadi. Kriteria kedua, kemungkinan masalah dapat diubah dengan skala sebagian, skor 1 dan bobot 2. Hasil perhitungan $1/2 \times 2 = 1$ dengan alasan pembenaran keluarga keluarga kurang mengetahui factor penyebab. Kriteria ketiga yaitu: potensial masalah untuk dicegah dengan skala cukup, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/3 \times 1 = 0,6$ dengan alasan pembenaran kurangnya pengetahuan keluarga sehingga keluarga tidak memiliki kesiapan untuk pencegahan penyakit. Kriteria keempat yaitu: menonjolnya masalah dengan skala berat/harus segera ditangani, skor 2 dan bobot 1. Hasil perhitungan $2/2 \times 1 = 1$ dengan alasan pembenaran masalah telah ada, dan mengancam kesehatan. Jumlah total hasil perhitungan yang didapatkan pada diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko yaitu 3,2. Dari hasil perhitungan prioritas menjadi

prioritas utama pada kasus keluarga Ny. R. yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hasil skor tertinggi 4,6. Setelah itu diikuti dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan hasil skor terendah yaitu 3,2.

Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Susanto (2012), tentang skala untuk menyusun prioritas dari Bailon dan Maglaya mengenai asuhan keperawatan keluarga, dengan membuat empat kriteria berserta dengan skalanya yaitu: yang pertama, sifat masalah yang mempunyai tiga skala yaitu: satu, tidak/kurang sehat skor 3, dua, ancaman kesehatan skor 2 dan tiga, keadaan sejahtera/diagnosis sehat skor 1 dan memiliki bobot 1. Kedua, kemungkinan masalah dapat diubah yang mempunyai tiga skala yaitu: satu, mudah skor 2, dua, sebagian skor 1 dan tiga, tidak dapat skor 0 dan memiliki bobot 2. Ketiga, potensi masalah untuk dicegah mempunyai tiga skala yaitu: satu, tinggi skor 3, dua, cukup skor 2, tiga, rendah skor 1 dan memiliki bobot 1. Keempat, menonjolnya masalah yang mempunyai tiga skala yaitu: satu, masalah berat/harus segera ditangani skor 2, dua, adanya masalah tapi tidak perlu ditangani skor 1 dan tiga, masalah tidak dirasakan skor 0 dan memiliki bobot 1. Tentukan skor untuk setiap kriteria lalu skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot setelah itu jumlahkan skor untuk semua kriteria. Hasil jumlah skor tertinggi akan menjadi prioritas utama setelah itu disusul oleh skor kedua dan seterusnya.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan ini dibuat bersama-sama dengan keluarga, dimana penulis melontarkan beberapa pilihan kepada keluarga untuk memilih bagaimana cara penyelesaian masalah yang tepat. Hal ini sejalan dengan teori Menurut Susanto (2012), yaitu: perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan.

Penyusunan intervensi keperawatan ini disesuaikan dengan NOC (*Nursing Outcomes Classification*) dan NIC (*Nursing Interventions Classification*). Diagnosa keperawatan yang muncul ketidakefektifan manajemen kesehatan dan perilaku kesehatan cenderung beresiko dan hasil perhitungan prioritas menjadi prioritas utama pada kasus keluarga Ny. R. yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hasil score tertinggi 4,6. Setelah itu diikuti dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan hasil score terendah yaitu 3,2.

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan didapatkan ada 3 TUK yang menjadi masalah yaitu: pertama, keluarga mengenal masalah kesehatan. Kedua, keluarga memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, dan yang ketiga, keluarga belum merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan.

TUK 1: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan pertama yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan setelah dilakukan tindakan keperawatan

keluarga dengan masalah TB paru mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas S tentang pengetahuan tentang kesehatan dengan luaran: pengetahuan proses penyakit dengan kode 1803 yaitu pemahaman tentang proses penyakit hipertensi dan komplikasinya, yang memiliki 12 indikator. Tetapi hanya 4 indikator yang penulis ambil sedangkan 8 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 4 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Empat indikator yaitu: pertama, tanda dan gejala komplikasi penyakit kode 180310. Kedua, tanda dan gejala penyakit kode 180306. Ketiga, faktor-faktor penyebab yang berkontribusi kode 180303. Keempat, faktor resiko kode 180304.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan pertama keluarga mampu mengenal masalah kesehatan penulis mengambil pada domain 3 tentang perilaku, kelas S tentang pendidikan kesehatan dengan tiga intervensi yaitu: pertama, pengajaran proses penyakit kode 5602 yang memiliki 17 aktifitas. Tetapi hanya 8 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 9 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 8 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang proses penyakit, review pengetahuan keluarga tentang keadaan penyakit, jelaskan tanda dan gejala umum tentang penyakit, identifikasi factor penyebab penyakit, berikan informasi tentang keadaan penyakit, identifikasi tentang perubahan fisik akibat penyakit, diskusikan perubahan gaya hidup lebih sehat untuk mencegah komplikasi, instruksikan keluarga untuk mengontrol tanda dan gejala penyakit. Kedua, pengajaran persiapan diet dengan

kode 5614 yang memiliki 21 aktifitas. Tetapi hanya 4 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 17 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya termasuk makanan yang disukai dan pola makan saat itu, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan diperbolehkan. jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum dan libatkan pasien dan keluarga. Ketiga, pengajaran presepapan obat-obatan dengan kode 5616 yang memiliki 35 aktifitas. Tetapi hanya 3 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 32 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: instruksikan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat, instruksikan mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat, evaluasi kemampuan pasien untuk memberikan obat secara mandiri.

TUK 2: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan kedua yaitu keluarga mampu mengambil keputusan Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu mengambil keputusan dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas R kepercayaan tentang kesehatan dengan luaran: kepercayaan mengenai kesehatan dengan kode 1621 yaitu keyakinan pribadi yang mempengaruhi kesehatan yang memiliki 10 indikator. Tetapi hanya 3 indikator yang penulis ambil sedangkan 7 indikator yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 indicator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Tiga indicator tersebut yaitu: pertama, merasa pentingnya mengambil

tindakan kode 170001. Kedua, merasakan ancaman jika tidak bertindak kode 170002. Ketiga, merasakan manfaat bertindak 170003.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan kedua keluarga mampu mengambil keputusan penulis mengambil pada domain 3 tentang perilaku, kelas R bantuan koping dengan satu intervensi yaitu: dukungan pengambilan keputusan kode 5250 yang memiliki 17 aktifitas. Tetapi hanya 6 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 11 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 6 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan apakah terdapat perbedaan antara pandangan pasien dan pandangan penyediaan perawatan kesehatan mengenai kondisi pasien, informasikan kepada pasien mengenai pandangan-pandangan atau solusi alternative dengan cara yang jelas dan mendukung, bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternative pilihan, fasilitasi percakapan pasien mengenai tujuan perawatan, berikan informasi sesuai permintaan pasien dan jadilah sebagai penghubung antara pasien dan keluarga.

TUK 3: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada Tujuan ketiga yaitu mampu memberikan perawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas FF tentang manajemen kesehatan dengan luaran: manajemen diri: hipertensi dengan kode 3107 yaitu tidakan seseorang untuk mengelolah hipertensi, pengobatan, pencegahan perkembangan penyakit dan komplikasinya yang memiliki 10 indikator. Tetapi hanya 3 indikator yang penulis ambil sedangkan 7 indikator yang lain

tidak diambil, ini dikarenakan 3 indicator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Tiga indicator yang di ambil yaitu: pertama, memantau tekanan darah kode 310701. Kedua, menggunakan obat-obat sesuai resep kode 310705. Ketiga, membatasi asupan garam kode 310714.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan ketiga keluarga mampu memberikan perawatan penulis mengambil pada domain 2 tentang fisiologi: kompleks, kelas H tentang manajemen obat-obatan dengan tiga intervensi yaitu: pertama, skrining kesehatan kode 5602 yang memiliki 12 aktifitas. Tetapi hanya 3 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 9 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: ukur tekanan darah, tinggi badan, berat badan, kolesterol dan gula darah yang sesuai, berikan informasi tentang pemeriksaan diri yang tepat selama skrining dan berikan hasil skring kepada pasien. Kedua, manajemen obat dengan kode 2380 yang memiliki 26 aktifitas. Tetapi hanya 4 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 22 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut askep dan atau protocol, tentukan kemampuan pasien untuk mengobati diri sendiri dengan cara yang tepat, ajarkan pasien dan atau anggota keluarga mengenai tindakan dan efek samping yang diharapkan dari obat, berikan pasien dan atau anggota keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat. Dan ketiga, manajemen nutrisi dengan kode 1100 yang memiliki 27 aktifitas. Tetapi hanya 3 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 24

aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien, atur diet yang diperlukan bagi pasien, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit.

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko didapatkan 2 TUK yaitu: pertama, keluarga mengenal masalah kesehatan. Kedua, keluarga belum merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan.

TUK 1: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada tujuan pertama yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriterial hasil: penulis mengambil pada doamain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas T tentang control resiko dan keamanan dengan luaran: kontriol resiko hipertensi dengan kode 1928 yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman kesehatan yang berkaitan dengan tekanan darah tinggi yang memiliki 10 indikator. Tetapi hanya 3 indikator yang penulis ambil sedangkan 7 indikator yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 indicator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Tiga indicator yaitu: pertama, mengidentifikasi factor resiko hipertensi kode 192802. Kedua, mengenali factor resiko individu terkait hipertensi kode 192803. Ketiga, mengenali kemampuan untuk merubah perilaku kode 192804.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan pertama keluarga mampu mengenal masalah kesehatan penulis mengambil pada domain 4 tentang keamanan, kelas V tentang manajemen resiko dengan satu intervensi yaitu: identifikasi resiko dengan kode 6610 yang memiliki 19 aktifitas. Tetapi hanya 4 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 15 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: kaji ulang riwayat kesehatan lalu dan dokumentasikan bukti yang menunjukkan adanya penyakit medis, identifikasi resiko biologis lingkungan dan perilaku serta hubungan timbal balik, identifikasi strategi koping yang digunakan dan diskusikan dan rencanakan aktifitas, pengurangan resiko, berkolaborasi dengan individu dan kelompok.

TUK 3: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) pada tujuan ketiga yaitu mampu memberikan perawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan kriteria hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas Q tentang perilaku sehat dengan luaran: perilaku pencarian kesehatan dengan kode 1603 yaitu tindakan pribadi untuk mempromosikan kesejahteraan yang optimal pemulihan dari rehabilitasi yang memiliki 11 indikator. Tetapi hanya 3 indikator yang penulis ambil sedangkan 6 indikator yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 3 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. tiga indikator yaitu: pertama, mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kesehatan kode 160301. Kedua, melakukan perilaku kesehatan dengan inisiatif sendiri kode 160314. Ketiga, melakukan perilaku yang disarankan kode 160308.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) pada tujuan ketiga keluarga mampu memberikan perawatan penulis mengambil pada domain 4 tentang keamanan, kelas V tentang manajemen resiko dengan satu intervensi yaitu: modifikasi perilaku dengan kode 4360 yang memiliki 15 aktifitas. Tetapi hanya 2 aktifitas yang penulis ambil, ini dikarenakan 2 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan motifasi klien terhadap perubahan perilaku mengkonsumsi makanan dengan garam berlebihan dan dukung untuk mengganti kebiasaan yang tidak diinginkan dengan kebiasaan yang diinginkan.

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan ada 3 TUK yaitu: TUK 1: keluarga mengenal masalah kesehatan. TUK 2: keluarga memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, dan yang TUK 3: keluarga belum merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan. Sedangkan TUK 4: memodifikasi lingkungan dan TUK 5 menggunakan fasilitas kesehatan tidak dicantumkan kedalam perencanaan dikarenakan dari hasil pengkajian yang didapatkan keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan yang baik bagi penderita hipertensi dan mampu menggunakan fasilitas kesehatan. Hal ini sejalan dengan ketentuan penulisan intervensi keperawatan yang berfokus pada fungsi keluarga yang mengalami masalah (Teli, 2018).

Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko didapatkan ada 2 TUK yaitu: TUK 1: keluarga mengenal masalah kesehatan. TUK 3: keluarga belum merawat

anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan. Sedangkan pada TUK 2: mengambil keputusan, TUK 3: memodifikasi lingkungan dan TUK 5: menggunakan fasilitas kesehatan tidak dicantumkan dalam intervensi keperawatan dikarenakan pada pengambilan keputusan ini keluarga hanya kurang informasi mengenai penggunaan garam yang sesuai bagi penderita hipertensi, dan keluarga mau mengikuti anjutan yang diberikan, pada memodifikasi lingkungan tidak ada lingkungan yang beresiko menimbulkan cedera dan untuk penggunaan fasilitas kesehatan keluarga sudah mampu menggunakan fasilitas kesehatan yaitu pergi berobat dipuskesmas Sikumana ini dibuktikan dengan hasil wawancara, obserfasi lingkungan dan hasil wawancara dengan petugas kesehatan yang berada dipuskesmas Sikumana.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tujuan dari intervensi keperawatan hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Kowalak (2016), yang mengemukakan tentang implementasi keperawatan adalah suatu fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan berdasarkan terminology. implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

Pada kasus keluarga Ny. R. tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keluarga dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai penyakit hipertensi, diet pada penderita hipertensi, pengobatan pada penderita hipertensi, factor resiko

hipertensi dan demonstrasi tindakan ROM aktif dan pasif serta senam diabetic, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan.

Media yang digunakan untuk melakukan penyuluhan kesehatan yaitu media cetak antara lain poster, leaflet. Media elektronik yang digunakan yaitu video. Menurut teori Elgar Dale (1993) membagi alat bantu pendidikan menjadi sebelas macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut di dalam sebuah kerucut yang menjadi lapisan yang paling dasar yaitu menggunakan benda asli, selanjutnya benda tiruan, sandiwara, demonstrasi, field trip, pameran, televisi, film, rekaman suara atau radio, tulisan, dan yang paling atas adalah kata-kata.

Hal ini berarti bahwa dalam proses Pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan Pendidikan pengajaran. Sedangkan hanya menggunakan kata-kata saja kurang efektif atau intensitasnya paling rendah. Dalam mengimplementasikan pendidikan kesehatan ini penulis tidak hanya menggunakan alat peraga leaflet dan poster saja tapi menggunakan video dan demonstrasi ini dengan tujuan untuk dapat memperoleh pengetahuan semakin baik dan semakin jelas pula. karna semakin banyak pengetahuan yang diterima oleh panca indera. Semakin banyak dan semakin jelas pula pengetahuan yang diperoleh. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Elgar Dale (1993).

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Hasil studi kasus yang dilakukan pada keluarga Ny. R. di wilayah kerja puskesmas sikumana pada tanggal 11 s/d 14 juni 2017 menggambarkan kondisi keluarga Ny. R. dimana Ny. R. sendiri yang menderita hipertensi yang sudah

terkomplikasi stroke ringan tidak hanya menimpa dirinya melainkan juga mempengaruhi kehidupan keluarga anak-anaknya. mendadak menjadi tidak berdaya, menghilang perannya di keluarga dan menjadi beban keluarga. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Kusumaningrum (2012).

Keluarga mampu mengenal masalah karna adanya proses pendidikan sebelumnya yang melalui beberapa tahap hingga kemudian terbentuk pola perilakunya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007).

Keluarga belum mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat dimana Ny. R terlihat masih mempertimbangkan untuk mengkonsumsi obat dokter atau obat herbal, ini diakibatkan kasihat obat herbal lebih dirasakan Ny. R dibandingkan dengan obat yang didapatkan dari dokter. Hal ini sejalan dengan teori dari Kurt Lewin (1970) yaitu perilaku manusia yang menjelaskan tentang suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving force*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining force*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak-seimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang. Jika keadaan kekuatan pendorong menurun dan kekuatan penahan meningkat maka akan muncul perilaku yang negative, sebaliknya jika kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun maka akan berperilaku positif. Pada kasus Ny. R. yang menjadi kekuatan-kekuatan

pendorong (*driving force*) yaitu: pentingnya pengobatan hipertensi untuk mencegah terjadinya komplikasi dari hipertensi, dan yang menjadi kekuatan-kekuatan penahan (*restining force*) yaitu: informasi mengenai obat herbal dan indikasi penggunaan obat hipertensi yang salah. kekuatan pendorong yang berada didalam diri Ny. R. sudah mengalami penurunan dan terjadinya peningkatan kekuatan penahan. sehingga diakibatkan perilaku Ny. R. yang tidak mau minum obat dari dokter dan lebih memilih obat herbal.

Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan, keluarga secara fungsional difokuskan pada tugas-tugas yang dilakukan oleh keluarga dengan penekanan pada terpenuhinya tugas-tugas dan fungsi-fungsi psikososial. Salah satu fungsi tersebut mencakup fungsi perawatan yaitu perilaku kepatuhan keluarga menyiapkan makanan yang rendah garam rendah lemak dan membantu latihan fisik ROM aktif. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Fitz Patrick (2004).

Hal ini terlihat bahwa terdapat perbedaan perilaku keluarga serta nampak perubahan dan reaksi yang ditunjukkan dari perilaku keluarga, saat sebelum diberikan asuhan keperawatan keluarga dan saat setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga dengan dilakukan kunjungan rumah selama \pm 4 hari, sangat bermanfaat dan sangat besar pengaruhnya terhadap kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007).

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, keadaan ekonomi yang kurang mendukung, waktu yang terbuang untuk mencari referensi sebagai acuan dalam teori dan memperoleh data, alat dan bahan yang dibutuhkan dalam penelitian kurang lengkap.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

1. Pengkajian Ny. R. menderita hipertensi sejak tahun 2012. Awal mulanya pasien mengeluh tegang dibagian leher dan kepala terasa sakit, serta jantung berdebar-debar. akhirnya pasien dibawa ke Puskesmas Sikumana untuk melakukan pemeriksaan. sesampainya disana pasien diperiksa oleh dokter dan dokter menyatakan bahwa pasien menderita hipertensi. Pasien tidak ada riwayat merokok, minum-minuman keras, tetapi saat diperiksa tekanan darahnya siastole dan diastole tinggi. Pasien mengeluh leher tegang dan kepala pusing. Didalam keluarga orang tua dari Ny. R. tidak mempunyai penyakit keturunan dan penyakit penular sama hal juga dengan keluarga dari almalhur suamni Ny. R.

Saat dikaji keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis dan GCS 15. TTV: TD:160/90 mmHg, N:100 x/menit, S:36,7 °C, RR:19x/menit. Gangguan pada fungsi saraf lokal dengan gejala kelumpuhan pada tangan dan kaki bagian kanan, dan agak sulit untuk berjalan. Pemeriksaan fisik sistem muskuloskeletal: tonus otot baik, ekstremitas atas dan bawah mengalami penurunan pergerakan dibagian kanan, kekuatan otot:

3	5
---	---

Pengkajian pada keluarga Ny. R. dari lima fungsi kesehatan terdapat 3 fungsi keluar yang bermasalah yaitu: pertama keluarga kurang mengenal masalah kesehatan, kedua, keluarga belum memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga,

ketiga, keluarga belum merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

2. Diagnosa keperawatan dari kasus yang di dapatkan ditemukan dua masalah keperawatan yaitu: pertama, ketidakefektifan manajemen kesehatan, kedua, perilaku kesehatan cenderung beresiko. Hasil perhitungan prioritas menjadi prioritas utama pada kasus keluarga Ny. R. yaitu diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan hasil skor tertinggi 4,6. Setelah itu diikuti dengan diagnosa keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan hasil skor terendah yaitu 3,2.

3. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu, melakukan penyuluhan kesehatan mengenai konsep penyakit hipertensi, diet yang baik untuk penderita hipertensi, dan pengobatan pada penderita hipertensi, setelah itu memotifasi keluarga untuk mau mengambil keputusan untuk mau mengkonsumsi obat dari dokter dan tidak mengkonsumsi obat tradisional, mengajarkan kepada pasien dan keluarga mengenai cara perawatan yang baik bagi anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi, mengajarkan tentang resiko-resiko pengendalian hipertensi.

4. Implementasi keperawatan Pada kasus keluarga Ny. R. tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keluarga dengan cara melakukan pendidikan kesehatan mengenai penyakit hipertensi, diet pada penderita hipertensi, pengobatan pada penderita hipertensi, factor resiko hipertensi dan demonstrasi tindakan ROM aktif dan pasif serta senam diabetic, yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan

5. Evaluasi keperawatan yang digunakan menggunakan metode SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*). Hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan yaitu pada diagnose keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan evaluasi TUK 1 berhasil, TUK 2 belum berhasil, TUK 3 berhasil, masalah keperawatan belum teratasi. Setelah itu diagnose keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko evaluasi TUK 1 berhasil, dan TUK 3 berhasil, masalah keperawatan teratasi.

4.2. Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien dan keluarga:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan komunitas terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan keluarga dan promosi kesehatan.

2. Bagi Puskesmas

Diharapkan puskesmas dapat memberikan lebih sering penyuluhan tentang hipertensi dan skrining penyakit tidak menular yang salah satunya adalah hipertensi yang merupakan salah satu dari dua belas indikator keluarga sehat, agar menjadi pencegahan bagi masyarakat yang belum terkena hipertensi dan penanganan sebelum pasien hipertensi di bawah ke fasilitas kesehatan serta melakukan kunjungan rumah di keluarga-keluarga yang anggota keluarganya menderita hipertensi.

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang melakukan home care bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara komprehensif.

4. Bagi Keluarga

Diharapkan setelah berakhirnya perawatan di rumah, keluarga akan selalu melakukan tindakan yang telah di ajarkan sampai dengan keadaan anggota keluarga yang sakit kembali sehat. Serta bisa menjadi contoh untuk keluarga lain di lingkungan sekitar daerah tempat tinggalnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Effendy Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Hasil Riskesdas 2013 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Iqbal, dkk. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jurnal Novida Rizky Wardhani. 2014. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Tentang Stroke Pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi*. Pdf
- Judith, dkk. 1996. *Komunikasi Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Gaja Madah University Press.
- Kowalak, 2016. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Marilyn, dkk. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Edisi 5. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Modul Pelatihan Keluarga Sehat. 2017. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmodjo. 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jilid 3. Jogjakarta : Mediaction.
- PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015 *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC*.
- Price S.A., Wilson L.M. 1995. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 4. Buku II. Jakarta: EGC.
- Prawira. 2012. *Psikologi Kepribadian Dengan Perspektif Baru*. Jakarta: Ar Rus Media.

Profil Kesehatan NTT 2013 Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Smeltzer, Suzanne C. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Burnner and Suddarth*. Ed. 8. Vol.3. Jakarta: EGC.

Setiadi. 2008. *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*. Surabaya: Graha Ilmu.

Teli Margaretha. 2018. *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas*. Kupang: Lima Bintang.

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

NO	KEGIATAN	BULAN															
		JUNI								JULI							
		22	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09
1.	Pembekalan	✓															
2.	Laporan diri di Rumah Sakit		✓														
3.	Konsul Judul Kasus		✓														
4.	Perawatan Kasus dan susunan proposal		✓	✓	✓												
5.	Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan																

	pembimbing																
6.	Ujian Sidang											✓	✓				
7.	Revisi Hasil dan kumpulkan laporan													✓	✓	✓	✓

Lampiran 2 : Informed Consent

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN STUDI KASUS

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Calon Responden
Studi Kasus
Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan :

Nama : Gregorius Anggara Tadon

NIM : PO.530320115021

Akan mengadakan studi kasus yang berjudul “asuhan keperawatan keluarga komperhensif pada anggota keluarga yang menderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas sikumana”. Studi kasus ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan responden. Informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus. Apabila responden menyetujui, maka dengan ini mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, saya ucapkan limpah terimakasih.

Peneliti

Gregorius Anggara Tadon
NIM. PO. 530320115021

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan pada lembar permohonan persetujuan maka saya bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus yang dilakukan oleh Gregorius Anggara Tadon dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan yang berjudul “asuhan keperawatan keluarga komperhensif pada anggota keluarga yang menderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas sikumana”. Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan akan bermanfaat bagi saya dan peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden peneliti.

Kupang, 10 Juni 2018
Responden

()

Lampiran 5: Dokumentasi Tindakan.





Lampiran 6: Denah Rumah Ny. R.

Tampak Depan

