

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA NY. R DENGAN
HIPERTENSI PADA NY.R DI KAMPUNG CIKURANTUNG
RT 02 RW 03 DESA PADAMUKTI KECAMATAN
PASIRWANGI KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

AMALIA PEBRIANI

NIM : KHGA18005



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2021

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY. R DENGAN
HIPERTENSI PADA NY.R DI KAMPUNG CIKURANTUNG RT 02 RW 03
KECAMATAN PASIRWANGI KABUPATEN GARUT TAHUN 2021

NAMA : AMALIA PEBRIANI

NIM : KHGA 18005

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui

Untuk Disidangkan,

Garut, Juli 2021

Menyetujui.

Pembimbing

Dede Suharta, S.Kep.,M.Pd.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA NY. R DENGAN
HIPERTENSI PADA NY.R DI KAMPUNG CIKURANTUNG RT 02 RW 03
KECAMATAN PASIRWANGI KABUPATEN GARUT TAHUN 2021

NAMA : AMALIA PEBRIANI

NIM : KHGA 18005

Karya Tulis Ilmiah

KTI ini telah disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut, 26 Juni 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

H. Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.Hkes

Mengetahui,

Prodi DIII Keperawatan

Pembimbing KTI

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Dede Suharta, S.Kep.,M.Pd.

ABSTRAK

Karya tulis ini berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikurantung Kecamatan Pasirwangi Kabupaten Garut. Penulis merasa tertarik untuk mengkaji dan menjadikan keluarga binaan karena hipertensi dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan penderitanya apabila tidak segera ditangani bisa menyebabkan kematian. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan baik dalam pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pendokumentasian hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Adapun metode penulisan adalah metode deskriptif dengan teknik wawancara, observasi, partisipasi aktif, dan studi kepustakaan, masalah yang di temukan pada keluarga Ny. R yaitu Nyeri akut, Intoleransi Aktivitas dan Kurang pengetahuan. Perencanaan disusun sesuai dengan permasalahan yang didapat dengan melibatkan keluarga. Dari hasil perencanaan maka penulis melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan dengan cara penyuluhan dan demonstrasi. Pada kedua masalah yang muncul semua dapat teratasi dengan baik. Kesimpulan yang dapat diambil dari karya tulis ilmiah ini adalah pelaksanaan asuhan keperawatan dengan hipertensi pada Ny. R memerlukan pengawasan serta tindakan keperawatan yang efektif dan komprehensif untuk mencegah timbulnya berbagai masalah. penulis tidak mendapatkan kesulitan yang berarti karena klien dan keluarga bisa diajak kerjasama dengan baik. Jadi dalam pemberian asuhan keperawatan di samping fasilitas yang memadai dan tenaga yang berpengalaman juga diperlukan kerja sama yang baik antara klien dan keluarga, serta tim kesehatan.

Kata kunci : Hipertensi, Sistem Kardiovaskuler

Daftar pustaka : 10 Buah (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat, ridho, dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Gangguan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Gadog Kampung Cikurantung Rt 02 Rw 03 Desa Padamukti Kecamatan Pasirwangi Kabupaten Garut”** karya tulis ilmiah ini salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Insani Garut.
2. Bapak H. D Saefudin, S.Sos., M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Dede Suharta, S.Kep.,M.Pd. selaku dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan

penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Seluruh Staf Dosen DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bantuan dorongan dan juga ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan program DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada.
7. Ny. R beserta keluarga yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Kepada kedua orangtua ku beserta kakak ku yang telah memberikan do'a restu dan dukungannya yang telah diberikan selama ini, baik moril maupun materil serta kasih sayang yang mungkin tidak terbalaskan, mungkin hanya do'a yang bisa kupanjatkan semoga amal dan kebaikan keluarga semua dibalas oleh Allah SWT.
9. Kepada seseorang (Reyhan Suryadi) yang telah mensupport dan membantu dalam mengerjakan KTI.
10. Kepada sahabat penghilang rasa jenuh, Fitria Utami, Farhah Fairus, Frisca Rinalda, Anisa, Salsabila Fitriyani, dan Geng Wacana yang selalu memberikan semangat.
11. Seluruh teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan 25, khususnya kelas A yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang memberikan dukungan dan do'anya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	8
A. Konsep Dasar Keluarga	8
1. Pengertian.....	8
2. Tipe Keluarga	9
3. Struktur Keluarga	10
4. Fungsi Keluarga.....	11
5. Tahap Perkembangan Keluarga.....	14
B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	18
1. Pengertian Hipertensi.....	19
2. Penyebab	20
3. Patofisiologi	21
4. Tanda Dan Gejala	21
5. Komplikasi Hipertensi	22
6. Penatalaksanaan Hipertensi.....	23
C. Dampak Penyakit Hipertensi Terhadap fungsi Kesehatan Keluarga.....	25
D. Konsep Proses Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi	25
1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan Keluarga	29
3. Prioritas Masalah	30
4. Perencanaan.....	31

E. Implementasi.....	37
F. Evaluasi	37
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	40
A. Tinjauan Khusus	40
1. Pengkajian	40
a. Pengumpulan Data	40
2. Fungsi Keluarga.....	47
3. Perencanaan Asuhan Keperawatan.....	61
4. Implementasi Dan Evaluasi.....	61
B. Pembahasan.....	79
1. Tahap Pengkajian	80
2. Diagnosa Keperawatan	81
3. Perencanaan.....	81
4. Implementasi	82
5. Evaluasi.....	83
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	84
A. Kesimpulan.....	84
B. Rekomendasi	85
DAFTAR PUSTAKA	86
SATUAN ACARA PENYULUHAN	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram keluarga Ny. R.....	41
Gambar 3.2 Denah Rumah keluarga Ny. R.....	45

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Daftar 10 besar penyakit KMB di puskesmas Gadog periode Januari-Mei 2021	3
Tabel 2.1 Penatalaksanaan Modifikasi Gaya Hidup Pada Penyakit Hipertensi	24
Tabel 2.2 Skala Prioritas Menyusun masalah Kesehatan Keluarga	30
Tabel 3.1 Anggota Keluarga Ny. R	40
Tabel 3.2 Pemeriksaan fisik keluarga Ny. R.....	50
Tabel 3.4 Skoring Nyeri Akut Pada Ny.R.....	58
Tabel 3.5 Skoring Ansietas Pada Ny.R.....	59
Tabel 3.7 Rencana Asuhan Keperawatan Ny. R ..	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3.8 Implementasi Dan Evaluasi	63
Tabel 3.9 Catatan Perkembangan	66

DAFTAR LAMPIRAN

1. Satuan Acara Penyuluhan
2. Format Bimbingan
3. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit tidak menular adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya pelemahan organ manusia itu sendiri maupun juga penyakit yang termasuk kedalam penyakit degeneratif (faktor usia), yang termasuk penyakit tidak menular diantaranya penyakit hipertensi, jantung, stroke diabetes dan penyakit lainnya. Setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena penyakit tidak menular (PTM).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang sangat berbahaya (Silent Killer). Definisi hipertensi sendiri ialah suatu kondisi dimana terjadi kenaikan tekanan darah sistolik mencapai angka diatas sama dengan 140 mmHg dan diastolik diatas sama dengan 90 mmHg. Berdasarkan data World Health Organization (WHO), di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi. Di Indonesia sendiri, prevalensi hipertensi mencapai 31,7% dan sekitar 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi diantaranya faktor genetik dan faktor lingkungan seperti obesitas, stres, konsumsi garam berlebih, merokok, dan alkohol. Gangguan fisiologis yang terjadi pada pengaturan aliran darah sehingga menyebabkan hipertensi diantaranya gangguan pada kardiak output dan resistensi perifer, gangguan pada sistem renin-angiotensin, dan gangguan pada sistem saraf otonom. Terdapat hubungan antara onset dari hipertensi dan komplikasi hipertensi. Selama jangka waktu yang panjang tersebut, serangkaian perubahan

terjadi dalam sistem kardiovaskular termasuk sirkulasi serebral. Perubahan yang terjadi seperti renovasi vaskular, peradangan, stres oksidatif, dan disfungsi barorefleks berkontribusi dalam patogenesis stroke yang disebabkan oleh hipertensi.

Kasus hipertensi di beberapa provinsi di Indonesia sudah melebihi rata-rata normal, dari 33 provinsi di Indonesia terdapat 8 provinsi yang kasus penderita hipertensi melebihi batas rata-rata nasional yaitu : Sulawesi Selatan 27% , Sumatra Barat 27%, Jawa Timur 25%, Sumatra Utara 24% Riau 23%, dan Kalimantan Timur 22%, di provinsi Jawa Barat prevalensi hipertensi menunjukkan bahwa sebesar 29,4% meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 26%, yang menderita penyakit hipertensi, jika saat ini penduduk Jawa Barat sebesar 46.300.543 jiwa maka terdapat 13.162.359 jiwa yang menderita penyakit hipertensi (Riskesdas, 2013).

Meningkatnya kasus hipertensi menjadi masalah yang cukup besar, pemerintah mengadakan penanggulangan hipertensi bekerja sama dengan perhimpunan hipertensi Indonesia atau *Indonesia Society of Hypertension (inaSH)* membuat kebijakan berupa pedoman penanggulangan hipertensi sesuai kemajuan teknologi dan kondisi daerah (*local area specific*). (Depkes, 2010).

Di Garut sendiri khususnya di UPTD Puskesmas Gadog yang merupakan pusat kesehatan masyarakat, dengan kapasitas pelayanan kesehatan dan rawat jalan, memiliki komitmen memberikan pelayanan yang handal. Berdasarkan catatan yang di dapatkan data jumlah hipertensi sebanyak 36 (15,1%). Menempati

urutan ke dua dari sepuluh penyakit tidak menular pada tahun 2021 seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1
Daftar 10 besar penyakit KMB di puskesmas Gadog periode
Januari-Mei 2021

NO	Nama Penyakit	Jumlah	Presentasi
1	Diare	40	16 %
2	Hipertensi	36	15 %
3	Rhematoid Arthritis	26	10 %
4	Typoid	2	10 %
5	Diabetes Melitus(DM)	25	10 %
6	Gastritis	21	8 %
7	Influenza	20	8 %
8	Stroke	17	7 %
9	Penyakit Kulit	16	6 %
10	Peny. Gigi dan Gusi	12	5 %
		238	100 %

Sumber : Data Laporan Puskesmas gadog Priode 2021

Berdasarkan tabel di atas dapat diinterpretasikan, bahwa penderita hipertensi masih banyak dan menduduki peringkat ke dua dari sepuluh besar penyakit tidak menular, meskipun menduduki peringkat ke dua kondisinya perlu tindakan pengawasan serta tindakan keperawatan yang efektif dan komprehensif untuk

mencegah timbulnya berbagai masalah yang membahayakan kesehatan klien. Seperti dampak dengan adanya keluarga yang menderita hipertensi maka akan mempengaruhi fungsi keluarga lainnya.

Berdasarkan berdasarkan, penulis merasa tertarik untuk mengangkat hipertensi ini menjadi karya tulis ilmiah dengan judul. **“Asuhan Keperawatan pada Keluarga Ny-R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikarantung RT.02 RW.03 Kecamatan Desa Padamukti Kabupaten Garut Tahun 2021”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual melalui pendekatan proses keperawatan dengan hipertensi.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Keluarga Ny.R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikarantung RT.02 RW.03 Kecamatan Pasir wangi Kabupaten Garut Tahun 2021.
- b. Mampu merumuskan diagnosa Keperawatan pada Keluarga Ny.R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikarantung RT 02 RW 03 Kecamatan Pasir wangi Kabupaten Garut Tahun 2021.
- c. Mampu merencanakan tindakan pada Keluarga Ny.R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikarantung RT 02 RW 03 Kecamatan Pasir Wangi Kabupaten Garut Tahun 2021.

- d. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan pada Keluarga Ny-R dengan Hipertensi pada Ny-R di Kampung Cikarantung RT 02 RW 03 kec Pasir Wangi Kabupaten Garut Tahun 2021.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada keluarga Ny. R dengan Hipertensi pada Ny. R di Kampung Cikurantung RT 02 RW 03 Kecamatan Pasirwangi Kabupaten Garut Tahun 2021.
- f. Mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Keluarga Ny. R dengan Hiertensi pada Ny. R di Kampung Cikurantung RT 02 RW 03 Kecamatan Pasirwangi.

C. Metode Telaahan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus berupa asuhan keperawatan secara komprehensif adapun tehnik yang di gunakan untuk pengumpulan data yaitu :

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara melakukan komunikasi lisan yang meliputi anamnesa yaitu data yang didapat dari klien dan keluarga klien.

2. Observasi

Penulis secara langsung memperhatikan keluhan atau masalah yang terjadi pada klien dengan Hipertensi melalui pengkajian fisik menggunakan metode pemeriksaan fisik persistem.

3. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai buku untuk mendapatkan keterangan dan dasar tertulis yang berhubungan dengan kasus Hipertensi yang mendukung Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Partisipasi aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

5. Studi dokumentasi

Data riwayat kesehatan klien maupun keluarga yang di dapat oleh penulis berasal dari Puskesmas Pameungpeuk

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini penulis membagi ke dalam 4 BAB yaitu :

BAB I Pendahuluan berisi tentang latar belakang, tujuan penulis, metode telaahan dan, sistematika penulisan.

BAB II tinjauan teori tentang konsep dasar keluarga, konsep dasar penyakit Hipertensi dan konsep asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita penyakit Hipertensi.

BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan, yang berisi laporan kasus mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan, serta pembahasan hasil tentang kesenjangan yang di dapat dari teori dengan kenyataan dari kasus Hipertensi.

BAB IV Kesimpulan dan rekomendasi berisi tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada keluarga dengan Hipertensi dan rekomendasi. Serta penutupan berisi Daftar pustaka dan lampiran-lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga sangat variatif sesuai dengan orientasi yang menjadi dasar pendefinisian. Keluarga berasal dari bahasa Sanskrit yaitu *kula* dan *warga kulawarga* yang berarti anggota kelompok kerabat.

Banyak ahli menguraikan pengertian keluarga sesuai dengan perkembangan sosial masyarakat. Berikut akan dikemukakan pengertian keluarga:

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. (Fridman 1998 dalam Salvari, 2016)

Menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari setiap anggota keluarga. (Duvall & Logan 1986 dalam Salvari, 2013)

Keluarga adalah sekelompok manusia yang terikat dengan emosi, yang biasanya hidup bersama dalam rumah tangga. (Leavitt dalam Salvari, 2013)

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah:

- 1) Sekumpulan orang yang terkait dalam perkawinan, ada hubungan darah, dan tinggal dalam satu atap.
- 2) Keluarga unit terkecil masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal dalam satu tempat di bawah satu atap.

2. Tipe Keluarga

Dalam ilmu sosiologi, keluarga memerlukan pelayan kesehatan yang berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu berbagai tipe keluarga dalam (Nadirawati, 2018).

a. Tipe keluarga tradisional terdiri dari:

- 1) Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama.

- 2) Keluarga dengan orang tua tunggal (*Singleparent*)

Yaitu keluarga hanya dengan satu orang tua, akibat dari perceraian, pisah atau ditinggalkan.

- 3) Pasangan inti (Keluarga *Dyad*)

Hanya terdiri dari suami, istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.

4) Bujang dewasa (*Singgel Adult*)

Yaitu yang tinggal sendiri.

5) Keluarga besar (*Extended Family*)

Yaitu keluarga inti ditambah keluarga yang mempunyai hubungan darah, misalnya: kakek nenek paman dan bibi.

b. Tipe keluarga non tradisional

1) *Commune family*

Keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tetapi tidak menikah biasanya hanya terdiri ibu dan anak saja.

2) Orang tua (ayah/ibu)

Pasangan suami istri yang tidak menikah dan mempunyai anak.

3) Keluarga *gay/lesbian*

Pasangan yang berjenis kelamin yang sama dan hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.

4) Keluarga komuni

Adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber dan memiliki pengalaman yang sama.

3. Struktur Keluarga

Berikut adalah struktur keluarga yang dijelaskan Harmoko (2012):

a. Berdasarkan hubungan darah

1) Patrilinear

Keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur ayah.

2) Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu di susun melalui jalur garis ibu.

b. Berdasarkan keberadaan tempat tinggal

a. Matrilokal

Merupakan sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

b. Patrilokal

Merupakan sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang di lakukan oleh keluarga menurut Friedman (2010) dalam buku (Harmoko, 2012).

Berikut adalah beberapa fungsi keluarga yang dijelaskan Harmoko (2012):

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Terkait dengan saling mengasihi dan saling menghargai antar anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk berjalan bersosialisasi.

c. Fungsi Reproduksi

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

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu: sandang, pangan & papan.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut.

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Orang tua perlu mengenal keadaan dan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil

apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan mempertimbangkan siapa anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan.

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di Institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga merupakan suatu proses perubahan sistem keluarga yang terjadi dari waktu ke waktu. Perkembangan ini melalui beberapa tahap. Pada setiap tahap memiliki tugas perkembangan dan resiko/masalah kesehatan yang berbeda beda (Harmoko, 2012).

Tahap perkembangan kehidupan keluarga dapat dibagi menjadi delapan tahap yaitu:

a. Tahap I (pasangan keluarga baru/keluarga pemula)

Dimulai saat individu (pria dan wanita) membentuk keluarga melalui perkawinan.

- 1) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama.
- 2) Menetapkan tujuan bersama.
- 3) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- 4) Keluarga berencana.
- 5) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

6) Tahap II (Keluarga anak pertama /*child bearing*)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia dari 30 bulan. Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga.

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, intraksi, seksual dan kegiatan).
 - 2) Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan).
 - 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
 - 5) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
 - 6) Biaya / dana *child bearing*.
 - 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- b. Tahap III (keluarga dengan anak-anak pra-sekolah)

Tahap ini dimulai dari anak pertama berusia 2,5 tahun sampai 5 tp ini anak tahun. Pada tahap ini anak sudah mengenal kehidupan sosial, bergaul dengan teman sebaya, sangat sensitif terhadap pengaruh lingkungan sangat rawan dalam masalah kesehatan, karena tidak tahu mana yang kotor dan bersih.

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga.
- 2) Membantu anak bersosialisasi.
- 3) Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpengaruhi.
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat di dalam maupun di luar keluarga.
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak.

6) Pembagian tanggung jawab.

7) Merencanakan peran kegiatan dalam waktu stimulasi tumbuh dan berkembang.

c. Tahap IV (keluarga dengan anak usia sekolah)

Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan mulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 12 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja.

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) Keluarga beradaptasi terhadap pengaruh teman dan sekolah anak.
- 2) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan di luar rumah, sekolah, dan lingkungan yang lebih luas.
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 4) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- 5) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.
- 6) Meningkatkan komunikasi terbuka.

d. Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Tahap ini dimulai sejak usia 13 tahun sampai dengan 20 tahun. Tahap ini adalah tahap yang paling rawan karena anak akan mencari identitasnya dalam membentuk kepribadiannya, menghendaki kebebasan, mengalami perubahan kognitif dan biologi, menyita banyak perhatian budaya orang muda, oleh karena itu teladan dari kedua orang tua sangat diperlukan:

Tugas perkembangan keluarga adalah:

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda mulai memiliki otonom.
- 2) Memelihara komunikasi terbuka (cegah gap komunikasi).
- 3) Memelihara hubungan intim keluarga.
- 4) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

e. Tahap VI (Keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan).

Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tua sampai dengan anak terakhir.

Tugas perkembangan keluarga saat ini adalah:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 3) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 6) Membantu orang tua suami/ istri yang sedang sakit atau memasuki saat tua.
- 7) Orang tua berperan suami dan istri, kakek dan nenek.
- 8) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

f. Tahap VII (keluarga usia pertengahan)

Tahap ini dimulai ketika anak terlahir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

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

g. Tahap VIII (Keluarga usia lanjut)

Tahap ini dimulai salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal.

Tugas perkembangan keluarga saat ini adalah:

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

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi-fungsi organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung, dan ginjal (Kemenkes RI, 2013).

Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee On Detection* (JIVC) sebagai tekanan darah yang lebih dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari Tekanan Darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal, dan pembuluh darah makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya dalam (Amin dan hardhi, 2015).

Klasifikasi menurut *The Joint National Committee On Detection And Treatment Of Hypertension*.

a. Diastolik

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| 1) <85 mmHg | : Tekanan darah normal |
| 2) 85-99 mmHg | : Tekanan darah normal tinggi |
| 3) 90-104 mmHg | : Hipertensi ringan |
| 4) 105-114 mmHg | : Hipertensi sedang |

5) >115 mmHg : Hipertensi berat

b. Sistolik

1) <140 mmHg : Tekanan darah normal

2) 140-159 mmHg : Hipertensi sistolik perbatasan trisolasi

3) >160 : Hipertensi sistolik triisolasi

2. Penyebab

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (ideopatik). Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan *cardiac output* atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

- A. Genetik : Respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekresi.
- B. Obesitas : terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- C. Tress lingkungan.
- D. Hilangnya elastisitas jaringan dan alterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan etiologinya Hipertensi di bagi menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi Esensial (primer)

Penyebab tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, sistem renin angiotensin, obesitas, merokok dan stress.

b. Hipertensi Sekunder

Penggunaan pil kontrasepsi, penyakit ginjal akut, stress, pielonefritis atau radang ginjal, glomerulonefritis akut, sindroma nefrotik, hipertensi renovaskuler, kimmelt stiel-wilson.

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke kordaspinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis keganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

4. Tanda Dan Gejala

Manifestasi klinis pada klien dengan hipertensi adalah:

- a. Peningkatan tekanan darah > 140-90 mmHg
- b. Sakit kepala
- c. Pusing/migraine
- d. Rasa berat di tengkuk

- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sukar tidur
- g. Lemah dan lelah

5. Komplikasi Hipertensi

Hipertensi membiarkan jantung bekerja lebih keras dan membiarkan proses kerusakan dinding pembuluh darah berlangsung dengan lebih cepat. Hipertensi meningkatkan resiko penyakit jantung dua kali dan meningkatkan resiko stroke delapan kali dibanding dengan orang yang tidak mengalami hipertensi. Selain itu hipertensi juga menyebabkan terjadinya payah jantung, gangguan pada ginjal dan kebutaan. Penelitian juga menunjukkan bahwa hipertensi dapat mengecilkan volume otak, sehingga mengakibatkan penurunan fungsi kognitif dan intelektual. Yang paling parah adalah efek jangka panjang yang mengakibatkan kematian mendadak (Triyanto, 2014).

- a. Penyakit jantung koroner dan arteri

Ketika usia bertambah lanjut, seluruh pembuluh darah dalam tubuh akan semakin mengeras, terutama di jantung, otak dan ginjal. Hipertensi sering diasosiasikan dengan kondisi arteri yang mengeras ini.

- b. Payah jantung

Payah jantung (*Congestive Heart Failure*) adalah kondisi dimana jantung tidak mampu lagi memompa darah yang dibutuhkan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan otot jantung atau sistem listrik jantung.

- c. Stroke

Hipertensi adalah faktor utama terjadinya stroke, karena tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Bila hal ini terjadi pada pembuluh darah di otak, maka terjadi perdarahan di otak yang mengakibatkan kematian. Stroke juga dapat terjadi akibat sumbatan dari pembuluh darah yang macet di pembuluh yang sudah menyempit.

d. Kerusakan ginjal

Hipertensi dapat menyempitkan dan mengembalikan aliran darah yang menuju ginjal, yang berfungsi sebagai penyaring kotoran tubuh. Dengan adanya gangguan tersebut, ginjal menyaring lebih sedikit cairan dan membuangnya kembali ke darah, gagal ginjal dapat terjadi dan memerlukan cangkok ginjal baru.

e. Kerusakan penglihatan

Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di mata, sehingga mengakibatkan mata menjadi kabur atau kebutaan.

6. Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan resiko penyakit kardiovaskuler dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolik di bawah 90 mmHg dan mengontrol faktor resiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat anti hipertensi.

Kelompok resiko dapat dikategorikan menjadi:

- a. Pasien dengan tekanan darah perbatasan atau tingkat 1, 2, atau 3 tanpa gejala penyakit kardiovaskuler, kerusakan organ, atau faktor resiko lainnya. Bila dengan modifikasi gaya hidup tekanan darah belum menurun maka harus diberikan obat anti hipertensi.
- b. Pasien tanpa penyakit kardio vaskuler atau kerusakan organ yang jelas, tapi memiliki satu atau lebih faktor resiko yang tertera di atas namun bukan diabetes militus. Jika terdapat beberapa faktor maka harus langsung diberikan obat anti hipertensi.
- c. Pasien dengan gejala klinis penyakit kardiovaskuler atau kerusakan organ yang jelas.

Tabel 2.1

Penatalaksanaan Modifikasi Gaya Hidup Pada Penyakit Hipertensi

Tekanan Darah	Kelompok resiko A	Kelompok resiko B	Kelompok resiko C
130-139/85-89 mmHg	Modifikasi gaya hidup	Modifikasi gaya hidup	Dengan obat
140-159/90-99 mmHg	Modifikasi gaya hidup	Modifikasi gaya hidup	Dengan obat
$\geq 160/\geq 100$ mmHg	Dengan obat	Dengan obat	Dengan obat

Sumber: Kapita Selekta Kedokteran, 2011.

Modifikasi gaya hidup cukup efektif, dapat menurunkan resiko kardiovaskuler dengan biaya sedikit, dan resiko minimal. Penatalaksanaan ini

tetap dianjurkan meski harus disertai obat anti hipertensi karena dapat menurunkan jumlah dan dosis obat. Langkah-langkah yang dianjurkan untuk:

- a. Menurunkan berat badan bila terdapat kelebihan
- b. Membatasi alkohol
- c. Mengurangi asupan natrium
- d. Mempertahankan asupan kalsium dan magnesium yang adekuat

Berhenti merokok dan mengurangi asupan asam lemak dan kolesterol dalam makan.

C. Dampak Penyakit Hipertensi Terhadap fungsi Kesehatan Keluarga

Dengan adanya keluarga yang menderita penyakit hipertensi maka akan mempengaruhi fungsi anggota keluarganya yang lain, fungsi fungsi keluarga yang terganggu antara lain. Fungsi psikososial karena dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi akan menimbulkan kecemasan. Fungsi ekonomi dimana bertambahnya pengeluaran akibat mahalnya biaya pengobatan (Sulistiyo, 2012).

D. Konsep Proses Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya (Harmoko, 2012).

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut:

a) Data umum

Data ini mencakup kepala keluarga dan anggota keluarga, alamat, pengkajian KK, pendidikan, anggota keluarga, selanjutnya anggota keluarga dibuat genogramnya karena penyakit hipertensi bisanya di sebabkan oleh keturunan.

b) Tipe keluarga

Tipe keluarga yang menjelaskan tipe/jenis keluarga. Data ini diperlukan karena keluarga besar dapat menjadi alasan terjadinya penyakit hipertensi.

c) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi yang rendah memaksa keluarga untuk mengesampingkan fungsi kesehatan keluarganya, dengan alasan keluarganya akan mendahulukan kebutuhan dasarnya. Status sosial ekonomi keluarga, yang ditentukan oleh penghasilan seluruh anggota keluarga orang tua maupun anak yang telah bekerja dan membantunya). Status sosial ekonomi juga dipengaruhi juga oleh kebutuhan dan barang yang di miliki oleh keluarga.

d) Riwayat dan tahapan perkembangan keluarga

1) Riwayat keluarga inti

Riwayat kesehatan keluarga inti menjelaskan riwayat kesehatan keluarga inti, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, data ini diperlukan untuk mengetahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang

menderita hipertensi karena salah satu penyebab hipertensi adalah keturunan.

2) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Menjelaskan yang pernah diderita oleh keluarga dan generasi sebelumnya, baik penyakit keturunan maupun penyakit menular lainnya.

e) Data lingkungan

Perkumpulan keluarga dengan interaksi masyarakat. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat menjelaskan tentang waktu keluarga untuk berkumpul serta sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat sekitarnya.

Sistem pendukung keluarga yaitu sejumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga yang menunjang kesehatan (Askes, BPJS, Kartu Sehat) data ini dibutuhkan untuk sejauh mana keinginan keluarga penderita hipertensi untuk berobat.

f) Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga, menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga, kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.

3) Struktur peran, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

- 4) Nilai atau norma keluarga, menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan kesehatan.

g) Stress dan coping keluarga

Stress jangka pendek dan jangka panjang. Data ini diperlukan untuk mengetahui bagaimana respon keluarga terhadap anggota keluarganya yang menderita hipertensi baik yang fungsional maupun disfungsional.

h) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada setiap anggota keluarga dan pemeriksaan fisik secara “*head to toe*” dilakukan pada klien yang mencakup semua sistem tubuh pada hipertensi, biasanya sistem tubuh yang terganggu yaitu:

1. Otak : sakit kepala, mual, muntah, kesemutan pada ekstremitas bawah, ensefalopati hipertensi (mengantuk, kacau mental, kejang atau koma).
2. Mata : retinopati (hanya dapat dideteksi dengan menggunakan oftalmoskop yang menunjukkan hemoragi retina dan eksudat dengan papiledema), penglihatan kabur.
3. Jantung : gagal jantung (dispnea pada pengalihan tenaga, takikardia).
4. Ginjal : penurunan pengeluaran urin dalam hubungannya dengan pemasukan cairan, penambahan berat badan tiba-tiba dan edema.

i) Harapan keluarga

Data ini diperlukan untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi berhubungan dengan hipertensi.

j) Tingkat Kemandirian Keluarga

Data ini diperlukan untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan dalam tingkat kemandirian keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga, atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya. Diagnosa keperawatan dianalisis dari hasil pengkajian terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga baik yang bersifat aktual, resiko, maupun sejahtera dimana perawat memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan (Harmoko, 2012).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Amin dan hardhi, 2015):

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- c. Kelebihan volume cairan.
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- e. Ketidakefektifan koping.
- f. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.
- g. Resiko cedera

h. Defisiensi pengetahuan

i. Ansietas

3. Prioritas Masalah

Setelah seluruh diagnosa keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya di kaji tingkat kemandirian keluarga.

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus memenuhi prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut (Padila, 2012).

Tabel 2.2

Skala Prioritas Menyusun masalah Kesehatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah		
	Skala : ancaman kesehatan	2	1
	tidak atau kurang sehat	3	
	krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah		
	skala : dengan mudah	2	2
	hanya sebagian	1	
	tidak ada	0	
3	Potensi masalah untuk di ubah		
	skala : tinggi	2	

	cukup	1	1
	rendah	0	
4	Menonjolnya masalah		
	skala : masalah berat harus di tangani	2	
	Masalah yang tidak perlu segera di tangani	1	1
	masalah tidak dirasakan	0	

Skoring :

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan di kalikan dengan bobot:

Skoring

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

Angka tertinggi

- Jumlah skor untuk semua kriteria
- Skor tertinggi adalah 5

4. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam sebuah proses keperawatan keluarga. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien dan keluarga, perencanaan keperawatan keluarga merupakan kumpulan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama sasaran, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Susanto, 2012: 85).

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard

Tujuan : Penurunan curah jantung dapat teratasi

Kriteria hasil : - Ttv dalam batas normal

- Dapat mentoleransi, aktivitas, tidak ada kelelahan
- Tidak ada udem paru
- Tidak ada penurunan kesadaran

Intervensi: Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)

- Catat adanya distritme jantung
- Catat adanya tanda dan gejala cardiac output
- Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung

- b. Nyeri akut berhubungan peningkatan tekanan vaskule serebral dan iskemia

Tujuan : Nyeri akut teratasi

Kriteria hasil :

- a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)
- b. Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c. Mampu mengenali nyeri (skal, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi :

- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

- Ajarkan teknik non farmakologi
 - Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu, ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.
 - Tingkatkan istirahat.
- c. Kelebihan volume cairan b.d gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : kelebihan volum cairan teratasi

Kriteria hasil :

- Terbebas dari udem
- Bunyi nafas bersih
- Terbebas dari distensi vena jugularis
- Memelihara tekanan vena central
- Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan

Intervensi :

- Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
- Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan
- Monitor *Vital Sign*
- Kaji lokasi dan luas edema

- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, ketidakseimbangan suplai oksigen dan kebutuhan oksigen

Tujuan : Intoleransi aktivitas dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah

- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari
- Ttv batas normal

Intervensi:

- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
- Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial

e. Ketidakefektifan koping b.d sistem pendukung tidak adekuat

Tujuan : Ketidakefektifan koping dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Mengidentifikasi pola koping yang tidak efektif
- Mengungkapkan secara verbal tentang koping yang efektif
- Mengatakan penurunan stress

Intervensi :

- Menginformasikan pasien alternative atau solusi lain penanganan
- Memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan
- Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan, kerugian dari keadaan

f. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Tujuan :Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Kriteria hasil :

- Tekanan sistolik dan diastolic dalam rentang yang diharapkan
- Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial

- Tidak ada ortostatik hipertensi

Intervensi :

- Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
- Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung
- Monitor kemampuan bab

g. Resiko cedera

Tujuan : Resiko cedera dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Klien terbebas dari cedera
- Klien mampu menjelaskan cara/metode untuk mencegah injury/cedera
- Klien mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan/perilaku personal

Intervensi :

- Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien
- Menghindari lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan
- Memasang *side rail* tempat tidur

h. Defisiensi pengetahuan b.d keterbatasan kognitif

Tujuan : Defisiensi pengetahuan dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang hipertensi

- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat

Intervensi :

- Kaji pengetahuan tentang penyakit
 - Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi fisiologi
 - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
 - Sediakan informasi pada pasien kondisi, dengan cara cepat
- i. Ansietas b.d perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran)

Tujuan : Ansietas dapat teratasi

Kriteria hasil :

- Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan gejala cemas
- *Vital sign* dalam batas normal
- Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurangnya kecemasan

Intervensi :

- Gunakan pendekatan yang menenangkan
- Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
- Semua prosedur dan apa yang dirasakan

E. Implementasi

Secara sederhana implementasi adalah melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya, dalam melaksanakan tindakan seperti ini, perawat seharusnya tidak boleh bekerja sendiri dan melibatkan keluarga serta disiplin ilmu lain (Dion dan Betan, 2013).

F. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan untuk mencapai tujuan yang di kerjakan oleh perawat untuk mencapai suatu hasil dari kegiatan yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP/SOAPIE (Harmoko, 2012):

a. SOAP

S : Ungkapkan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : Keadaan objektif yang bisa didefinisikan oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

A : Merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang di bandingkan dengan kriteria dan standar yang ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

b. SOAPIE

S : Ungkapkan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang bisa didefinisikan oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

A : Merupakan analisis perawat setelah mengetahui subjektif dan objektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

I : Lakukan tindakan yang sudah ditentukan sebelumnya.

E: Evaluasi respon keluarga setiap setelah melakukan tindakan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Khusus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Data umum

a) Identitas kepala keluarga

Nama : Ny-R

Umur : 72 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Suku bangsa : Sunda/Indonesia

Alamat : Kp. Cikurantung RT 02 RW 03 DS Padamukti
Kec Pasir Wangi Kab Garut

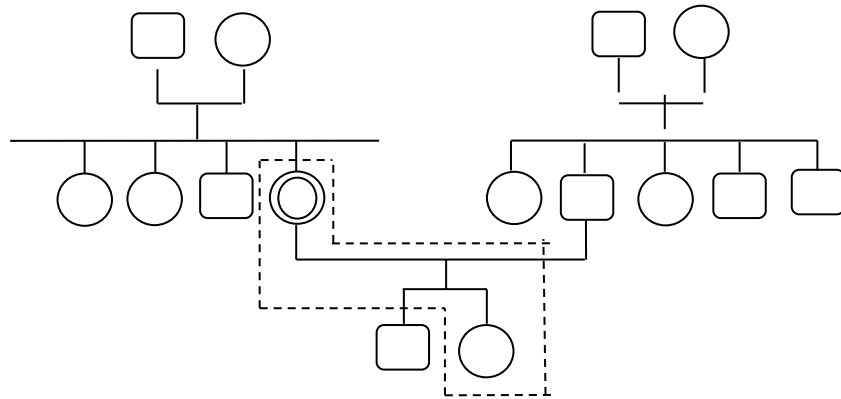
b) Anggota Keluarga

Tabel 3.1

Anggota Keluarga Ny. R

No	Nama Anggota Keluarga	Umur	L/P	Hubungan Dengan Kk	Pendidikan	Pekerjaan	Agama	Ket
1	Ny. U	55	P	Kepala Keluarga	SD	Buruh	Islam	

c) Genogram

Gambar 3.1 Genogram keluarga Ny. R

Keterangan



: Laki-laki



: Klien



: Perempuan

— — —: Tinggal serumah

————— : Keturunan

d) Tipe keluarga

Tipe keluarga Ny-R adalah keluarga tradisional dengan tipe keluarga inti yang terdiri dari Ny-R dan anaknya

e) Suku bangsa

Keluarga Ny-R bersuku sunda, tidak terdapat kebiasaan yang mempengaruhi kesehatannya.

f) Agama

Keluarga Ny-R beragama islam, selalu menjalankan ibadah dan meyakini adanya penyakit dan kesembuhan.

g) Status sosial ekonomi.

Penghasilan keluarga $\pm 1.500.000$ / bulan, yang diperoleh dari hasil kerja NY U sebagai buruh sebesar 1.000.000 / bulan

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Ny R dan keluarganya jarang rekreasi ke luar rumah, biasanya waktu luang dan libur diisi dengan menonton TV atau pergi ke rumah tetangga untuk bertukar cerita.

i) Pola kebiasaan sehari hari

(1) Kebiasaan makan dan minum

Kebiasaan makan keluarga Ny-R tidak teratur antara 2/3 kali per hari dari susunan nasi, tempe, tahu, sayuran dan daging kadang kadang dan minumannya dengan air putih, Ny.U makan habis 1 porsi dengan nasi dan lauk pauk dan minum habisi $\pm 7-8$ gelas per hari.

(2) Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur keluarga Ny-R tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 6-7 jam sedangkan Ny U jarang tidur siang sedangkan tidur malam $\pm 4-5$ jam.

(3) Kebiasaan kebersihan

Kebiasaan kebersihan keluarga Ny-R mandi 2x/hari dan keramas minimal 2x seminggu keluarga Ny-R biasa menggosok gigi sambil mandi jarang menggosok gigi setelah makan dan minum.

2) Riwayat Dan Tahan Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahapan perkembangan keluarga Ny-R adalah tahap usia lanjut.

b) Tahap perkembangan yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan karena salah satu dari pasangan sudah ada yang meninggal, dan untuk tahapan yang lainnya keluarga sudah mampu mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, mampu mempertahankan keakraban antara ibu dan anak dan saling merawat, mampu mempertahankan hubungan dengan sosial masyarakat, dan mampu melakukan *life review*.

c) Riwayat keluarga inti

(1) Ny. R mengatakan badannya mengeluh sakit kepala menurut Ny. R hal itu di sebabkan karena Hipertensi Ny. R mengidap penyakit darah tinggi hampir sepuluh tahun, keluarga sudah membawa kontrol ke puskesmas, tetapi sampai sekarang Ny.R jarang kontrol ke puskesmas. Ny R sebelumnya mengkonsumsi obat anti hipertensi (Amlodipine) tetapi sekarang berhenti mengkonsumsi.

(2) Ny U mengatakan tidak ada keluhan penyakit yang di rasakan

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Ny. R mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan atau menular dari keluarganya dan Ny.u mengatakan di keluarganya

memiliki penyakit keturunan yaitu penyakit hipertensi yang sama dialami oleh ibunya.

3) Pengkajian Lingkungan

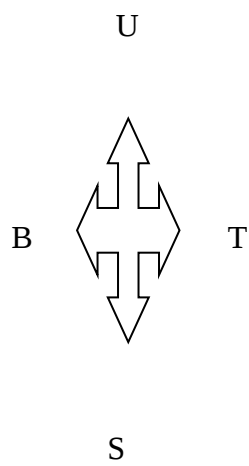
a) Kriteria rumah

Rumah Ny. R berukuran 4x8 m yang terdiri dari 1 lantai, terdiri dari 3 kamar tidur, 1 dapur, 1 wc, 1 ruang tamu, dan 3 jendela permanen dan ventilasi udara sumber air minum keluarga adalah air mineral, untuk mandi dan mencuci menggunakan air sumur.

- (1). R.tamu : tampak bersih terdapat ventilasi namun jendela jarang dibuka
- (2). R.tidur : ruang tidur tampak bersih dan rapih kasur menggunakan kasur busa
- (3). R.keluarga : tampak bersih terdapat ventilasi namun jendela jarang dibuka
- (3). Dapur : tampak bersih dan rapih makanan di tutup dengan tudung saji
- (4). WC : keadaan bersih, air dalam bak mandi bersih.
- (5). Denah rumah

Gambar 3.2 Denah Rumah keluarga Ny. R

Lantai 1



Keterangan

Lantai 1

Lantai 2

A : Ruang tamu

F : kamar 3

: pintu =

B : dapur

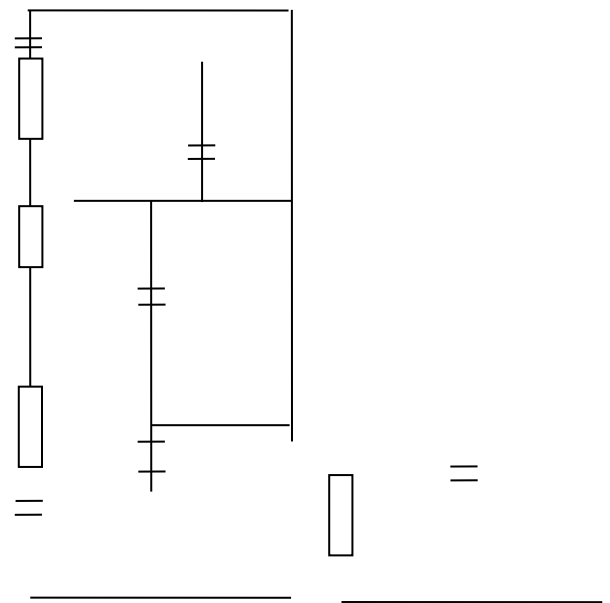
: jendela



C : wc

D : kamar 1

E : kamar 2



b) Karakteristik tetangga dan komunitas

Tetangga sekitar rumah Ny-R saling memperhatikan keadaan kesehatan tetangganya, hubungan dengan tetangganya juga baik, terkadang juga pada sore hari keluarga Ny. R dan tetangganya sering berkumpul dan berkomunikasi.

c) Mobilitas keluarga

Keluarga asli Ny-R orang Garut dan sejak berkeluarga mereka tidak pernah berpindah-pindah ± 40 tahun.

d) Pola keluarga dan interaksi masyarakat

Keluarga Ny R menatakan mereka selalu berada di rumah, interaksi keluarga NY. R dengan tetangganya terjalin baik dan Ny.U juga ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti pengajian mingguan.

e) Sistem pendukung keluarga

Ketika salah satu anggota keluarga Ny.R ada yang dirasakan sakit anggota keluarga yang lain selalu mendukung dan memotivasi untuk selalu berobat agar cepat sembuh.

f) Pola komunikasi keluarga

Komunikasi keluarga Ny-R menggunakan bahasa sunda, komunikasi antara anggota keluarga baik, komunikasi berlangsung setiap saat karena mereka selalu berada di rumah.

g) Struktur peran

Masing-masing anggota keluarga Ny-R memerankan perannya masing-masing Ny-R sebagai kepala keluarga.

h) Nilai dan norma keluarga

Keluarga Ny-R masih memegang adat istiadat sunda dan Ny-R juga mengajarkan kepada anggota keluarganya sikap saling menghormati dan menyayangi antara anggota keluarga maupun orang lain.

i) Struktur kekuatan keluarga

Yang memegang penuh kekuatan di keluarga Ny-R adalah Ny-R selaku kepala keluarga dan apabila terjadi konflik maka Ny-R selaku kepala keluarga selalu mendiskusikan untuk menyelesaikan konflik.

2. Fungsi Keluarga

a) Fungsi afektif

Keluarga Ny-R berusaha memelihara hubungan dengan baik antara anggota keluarga, saling menyayangi, menghormati dan peduli terhadap orang lain.

b) Fungsi sosialisasi

Ny-R mengatakan interaksi anggota keluarganya berjalan dengan baik, hal ini karena anggota keluarganya berusaha memenuhi aturan yang ada di keluarga dan mengikuti norma yang ada di masyarakat.

c) Fungsi perawatan kesehatan

A. Kemampuan keluarga mengenal masalah

Keluarga Ny. R mengaku hanya sedikit mengetahui tentang penyakit, tanda dan gejala hipertensi.

B. Kemampuan mengambil keputusan

Keluarga Ny. R sudah mengenal masalah kesehatan namun tidak sepenuhnya, sehingga masih bingung apa yang harus dilakukan pada anggota keluarga yang sakit.

C. Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga Ny. R mengatakan tidak begitu banyak mengetahui tentang penyakit hipertensi sehingga keluarga bingung yang harus di lakukan.

D. Kemampuan memelihara /memodifikasi lingkungan

Keluarga Ny. R sudah bisa memodifikasi lingkungan rumahnya, lantai rumah sudah memaki keramik dan tidak licin, jamban yang tidak licin, untuk pekarangan rumah keluarga tidak menanam tanaman-tanaman yang bisa dijadikan obat.

E. Kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan.

Keluarga Ny. R mengatakan jika ada anggota keluarganya sakit selalu dibawa ke tempat pelayanan kesehatan biasanya.

d) Fungsi reproduksi

Ny.R mempunyai 2 orang anak laki-laki dan perempuan, dan

Ny. U tidak mempunyai keturunan

e) Fungsi ekonomi

Status ekonomi keluarga Ny. U tidak menentu kadang kadang pendapatan per bulan bisa Rp.800.000 sampai Rp.1.000.000 dari hasil kerjanya sebagai buruh.

1) Stress Dan Koping Keluarga

1) Stressor

a. Stresor jangka pendek

Keluarga saat ini memiliki masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarga yaitu Ny.R

b. Stresor jangka panjang

Keluarga Ny. R merasa cemas dengan kondisi penyakit hipertensi yang diderita Ny.R, sehingga Ny.R selalu berusaha agar penyakitnya tidak kambuh dan sering berobat apabila sudah ada tanda tanda penyakit yang di alaminya.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga memberikan dorongan dan semangat kepada anggota keluarganya yang memiliki masalah dan membantu memecahkan masalah dengan musyawarah.

3) Sressor koping yang digunakan

Bila ada salah satu anggota keluarga yang sakit selalu di bawa ke pelayanan kesehatan dan bila ada masalah keluarga selalu bermusyawarah.

2) Pemeriksaan fisik

Tabel 3.2

Pemeriksaan fisik keluarga Ny. R

No	Pemeriksaan Fisik	Ny.R	Ny.U
1	2	3	4
1	TD	170/90 mmHg	120/90
2	Nadi	85 x/ menit	63X/menit
3	Suhu	36,9°C	36°C
4	Respirasi	20x/menit	21X/menit
5	Kepala	Kepala simetris tidak ada nyeri tekan namun kepala sering pusing, rambut bersih, berubah.	Kepala simetris, rambut bersih, berwarna putih, muka tidak pucat.
6	Mata	Mata simetris antara kiri dan kanan, seklera kemerahan, konjungtiva anemis anemis, punksi penglihatan baik, dan tidak memakai alat bantu kaca mata	Mata simetris antara kiri dan kanan, seklers putih konjungtiva tidak anemis punksi penglihatan baik, dan tidak memakai alat bantu kaca mata

No	Pemeriksaan Fisik	Ny.R	Ny.U
1	2	3	4
7	Hidung	Hidung bersih, pungsi penciuman baik, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan coping hidung	Lubang hidung normal, simetris, pernapasan vesikuler,
8	Telinga	Telinga bersih dan simetris antara kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik	Pendengaran normal, tidak keluar cairan dari telinga
9	Mulut	Bibir tidak kering, tidak ada sitomatitis.	Mulut bersih, mukosa bibir lembab, pungsi pengecapan dan mengunyah baik
10	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada distensi vena jugularis	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis
11	Dada, paru paru dan	Bentuk simetris pergerakan dinding dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu	Bentuk simetris pergerakan dinding dada simetris, tidak

No	Pemeriksaan Fisik	Ny.R	Ny.U
1	2	3	4
	jantung	pernapasan bunyi nafas vesikuler bunyi jantung I,II tunggal	ada penggunaan otot bantu pernapasan bunyi nafas vesikuler bunyi jantung I,II tunggal
12	Abdomen	Bentuk datar, bising usus 7x/menit trekstur halus, tidak ada nyeri tekan	Bentuk datar, bising usus 10x/menit trekstur halus, tidak ada nyeri tekan
	Ekstremitas atas	Simetris antara kiri dan kanan tidak ada varises, tidak ada udem se SSkala kekuatan otot 5 (1-5)	Simetris antara kiri dan kanan tidak ada varises, tidak ada udem se skala kekuatan otot 5 (1-5)
14	Ekstremitas bawah	Simetris antara kiri dan kanan tidak ada varises, tidak ada udem se skala kekuatan otot 5 (1-5)	Simetris antara kiri dan kanan tidak ada varises, tidak ada udem se skala kekuatan otot 5 (1-5)

No	Pemeriksaan Fisik	Ny.R	Ny.U
1	2	3	4
14	Kulit	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi turgor kulit kembali <2 detik	Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi turgor kulit kembali <2 detik
15	Genetalia	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan

3) Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan

Keluarga Ny. R mengharapkan petugas kesehatan lebih sering mengadakan penyuluhan-penyuluhan tentang kesehatan masyarakat seperti rumah sehat penyakit penyakit yang sering timbul di masyarakat seperti hipertensi, demam berdarah dan penyakit lainnya oleh petugas kesehatan.

4) Tingkat kemandirian keluarga

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		1	2	3	4
1	Menerima Petugas	√	√	√	√
2	Menerima pelayanan sesuai dengan rencana Keperawatan	√	√	√	√
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar		√	√	√
4	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian			
		1	2	3	4
5	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6	Melakukan tindakan pencegahan secara asertif			√	√
7	Melakukan tindakan penikatan atau promotif secara aktif				√

Sumber : Depkes RI 2006, (Dikutip dalam buku Ridwan Setiawan, 2016)

5) Analisa Data

Tabel 3.3

Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Ds : - Pasien mengatakan nyeri kepala - Nyeri di rasakan seperti tertimpa benda berat. - Do : - Pasien tampak kesakitan - skala nyeri 6 dari (0-10) - TD : 170/90	Ketdaktahuan keluarga mengenal masalah	Nyeri Akut

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
- N : 85 x / menit - S : 36,9 - R : 20 x / menit		
Ds : - Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas - Pasien ngatakan lemah Do : - Pasien terlihat sulit beraktivitas - Aktivias pasien dibantu oleh keluarga - Pasien terlihat lemah	Ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit	Intoleransi Aktivitas
Ds : - Pasien dan keluarga mengatakan tidak tau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya. - Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan	Ketidaktauan memnfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	Kurang pengetahuan

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
kesehatan yang terdekat Do : - Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut. - Klien sempat memakan obat-obatan dari warung		

6) Diagnosa Keperawatan Keluarga

a. : Nyeri akut berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

DS :

- Pasien mengatakan nyeri kepala, nyeri di rasakan seperti tertimpa benda berat.
- Pasien mengatakan selalu minum obat warung tapi tidak ada perubahan.
- Pasien mengatakan jarang memeriksakan penyakit yang di deritanya.

DO :

- Pasien tampak kesakitan
- skala nyeri 6 dari (0-10)
- TD : 170/90
- N : 85 x / menit
- S : 36,9
- R : 20 x / menit

b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

Ds :

- Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas
- Pasien ngatakan lemah

Do :

- Pasien terlihat sulit beraktivitas
- Aktivias pasien dibantu oleh keluarga
- Pasien terlihat lemah

c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan Ketidaktauan memnfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Ds :

- Pasien dan keluarga mengatakan tidaktau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya.
- Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang terdekat

Do :

- Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut.
- Klien sempat memakan obat-obatan dari warung

Skoring

Tabel 3.4

Skoring Nyeri Akut Pada Ny.R

No	Kriteria	Perhitungan	Nilai	Pembenaran
1	2	3	4	5
1	Sifat masalah ancaman kesehatan	3/3X1	1	Tidak/kurang sehat, karena memerlukan tindakan pencegahan dan perawatan secepatnya
2	Kemungkinan dapat diubah dengan mudah	1/2X2	1	Hanya sebagian yang bisa diubah karena keluarga hanya mampu mempertahankan keadaan yang sudah ada
3	Potensial masalah untuk dicegah tinggi	3/3X1	1	Menunjukan respon menerima penjelasan yang diawali dengan kesadaran dalam diri
4	Menonjolnya			Keluarga Ny.R mengetahui

No	Kriteria	Perhitungan	Nilai	Pembenaran
1	2	3	4	5
	masalah masalah berat harus ditangani	2/2X1	1	penyakit yang dideritanya namun belum ada perubahan
		Jumlah	4	

Tabel 3.5

Skoring Ansietas Pada Ny.R

No	Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1	2	3	4	5
1	Sifat masalah ancaman kesehatan	3/3X1	1	Ny.R hanya memiliki riwayat penyakit hipertensi
2	Kemungkinan dapat di ubah dengan mudah	1/2X2	1	Hanya sebagian yang bisa diubah karena keluarga hanya mampu mempertahankan keadaan yang sudah ada
3	Potensial masalah untuk di cegah tinggi	2/3X1	2/3	Cukup karena hipertensi dapat dicegah kekambuhannya dengan mengontrol kecemasannya

No	Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1	2	3	4	5
4	Menonjolnya masalah masalah berat harus ditangani	2/2X1	1	Pada saat pemeriksaan fisik Ny.R mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya harus segera ditangani karena masalah mengganggu Ny.R
		Jumlah	3 2/3	

3. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Tabel 3.7

Rencana Asuhan Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan		Intervensi
		Jangka panjang	Jangka Pendek	
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan diharapkan keluarga : 1. Manajemen nyeri 2. nyeri dapat segera teratsi	Setelah kunjungan selama 3 hari keluarga 1. Dapat mengetahui pengobatan nyeri dalam hipertensi 2. Keluarga mampu mengendalikan penyakit hipertensi	14 maret 2021 pukul 13.25 WIB 1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 2. konrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri 3. pilih dan lakukan penanganan nyeri 4. ajarkan tentang teknik nonfarmakologi tingkatkan istirahat
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidaktauan keluarga mengenai pelayanan kesehatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan di harapkan keluarga klien mengetahui manfaat pelayanan kesehatan dengan kriteria hasil : 1. Klien dan keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan di harapkan keluarga klien mengetahui manfaat pelayanan kesehatan	1. Bantu klen untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2. Bantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas 3. Bantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan

		mengetahui manfaat pelayanan kesehatan 2. klien dan keluarga tampak mengerti 3. klien dan keluarga mampu		4. Bantu mengetahui aktivitas yang disukai 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda
3	Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota yang sakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit dg kriteria hasil : 1. Keluarga mampu merawat klien 2. Keluarga mampu membantu klien dalam beraktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan diharapkan keluarga klien mampu merawat anggota keluarganya secara mandiri dalam jangka waktu yang panjang	1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit 2. Lakukan penyuluhan kesehatan 3. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 4. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang Diskusikan pilihan terapi atau penanganan

4. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.8
Implementasi Dan Evaluasi

Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi
08.00 WIB 14 Maret 2021	I	14 maret 2021 pukul 13.25 WIB 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri 3. Melakukan penanganan nyeri 4. Mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi 5. Meningkatkan istirahat	Jam 13.00 WIB 14 maret 2021 S: Ny.R mengatakan nyeri masih terasa O : Ny.R tampak meringis Skala nyeri 6 dari (0-10) A : Masalah Belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi

Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi
08.00 WIB 14 Maret 2021	II	14 Maret 2021 1. MemBantu klen untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2. MemBantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas 3. MemBantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan 4. MemBantu mengetahui aktiviats yang disukai 5. MemBantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda , krek	Jam 13.00 WIB S : Pasien mengatakan aktivitasnya masih terganggu O : aktivitas Ny. R tampak dibantu oleh keluarga A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan Intervensi
08.00 WIB 14 Maret 2021	III	14 Maret 2021 1. Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit	Jam 13.00 WIB S : Pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya

Waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi
		2. Melakukan penyuluhan kesehatan 3. Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat 4. Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi diabetes yang akan datang 5. Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan	O : Pasien tampak kebingungan A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

5. Catatan Perkembangan

Nama :Ny.R

Umur : 72 tahun

Tabel 3.9

Catatan Perkembangan

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
15 Maret 2021	1	S : Ny. R mengatakan nyeri masih terasa O : Ny. R tampak kesakitan Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah Belum Teratasi P : 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 2. Kontrol lingkungan ang dapat menyebabkan nyeri 3. Pilih dan lakukan penanganan nyeri 4. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi 5. Tingkatkan istirahat I : 6. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 7. Mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri 8. Memilih dan lakukan penanganan nyeri	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		9. mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi 10. meningkatkan istirahat E : Lanjutkan Intervensi	
15 Maret 2020	2	S : Ny. R mengatakan masih sulit beraktivitas O : - Pasien terlihat sulit beraktivitas - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga - Pasien terlihat lemah A : Masalah Belum Teratasi P : - Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Bantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas - Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan - Bantu mengetahui aktivitas yang disukai - Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda I : - Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Amalia p

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Membantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas - Membantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan - Membantu mengetahui aktivitas yang disukai - Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda E : Lanjutkan Intervensi	
15 Maret 2021	3	S : - Pasien dan keluarga mengatakan tidak tau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya. - Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang terdekat O : - Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut.	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Klien sempat memakan obat-obatan dari warung A : Masalah Belum Teratasi P : - Berikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Lakukan penyuluhan kesehatan - Sediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan I : - Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Melakukan penyuluhan kesehatan - Menyediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang - Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		E : Masalah belum teratasi	
16 Maret 2021	1	S : Ny. R mengatakan nyeri masih terasa O : Ny. R tampak kesakitan Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah Teratasi Sebagian P : - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Kontrol lingkungan ang dapat menyebabkan nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri - Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi - Tingkatkan istirahat I : - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri - Memilih dan lakukan penanganan nyeri - mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi - meningkatkan istirahat	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		E : Lanjutkan Intervensi	
16 Maret 2021	2	S : Ny. R mengatakan masih sulit beraktivitas O : - Pasien terlihat sulit beraktivitas - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga - Pasien terlihat lemah A : Masalah Teratasi Sebagian P : - Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Bantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas - Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan - Bantu mengetahui aktivitas yang disukai - Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda I : - Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Membantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Membantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan - Membantu mengetahui aktivitas yang disukai - Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda E : Lanjutkan Intervensi S : - Pasien dan keluarga mengatakan tidak tau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya. - Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang terdekat O : - Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut. - Klien tampat memakan obat-obatan dari warung A : Masalah Teratasi Sebagian P :	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Berikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Lakukan penyuluhan kesehatan - Sediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin dperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan I : - Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Melakukan penyuluhan kesehatan - Menyediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin dperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang - Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan E : Masalah belum teratasi	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
16 Maret 2021	3	S : - Pasien dan keluarga mengatakan tidak tau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya. - Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang terdekat O : - Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut. - Klien sempat memakan obat-obatan dari warung A : Masalah Teratasi P : - Berikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Lakukan penyuluhan kesehatan - Sediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplkasi	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		dmasa yang akan datang - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan I : - Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Melakukan penyuluhan kesehatan - Menyediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang - Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan E : Masalah belum teratasi	
17 Maret 2021	1	S : Ny. R mengatakan nyeri masih terasa O : Ny. R tampak kesakitan Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah Teratasi P : - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	Amalia p

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Kontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri - Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi - Tingkatkan istirahat I : - Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif - Mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri - Memilih dan lakukan penanganan nyeri - mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi - meningkatkan istirahat E : Hentikan Intervensi	
17 Maret 2021	2	S : Ny. R mengatakan masih sulit beraktivitas O : - Pasien terlihat sulit beraktivitas - Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga - Pasien terlihat lemah A : Masalah Teratasi P :	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Bantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas - Bantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan - Bantu mengetahui aktiviats yang disukai - Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda I : - Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan - Membantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktifitas - Membantu pasien untuk mngembangkan motivasi diri dan penguatan - Membantu mengetahui aktivitas yang disukai - Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda E : Hentikan Intervensi	
16 Maret	3	S :	Amalia P

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
2021		- Pasien dan keluarga mengatakan tidak tau secara rinci tentang penyakit yang di deritanya. - Pasien mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan yang terdekat O : - Pada saat ditanya seputar penyakitnya keluarga maupun Ny.R kebingungan untuk menjawab karena kurang tahu informasi tentang penyakit tersebut. - Klien sempat memakan obat-obatan dari warung A : Masalah Teratasi P : - Berikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Lakukan penyuluhan kesehatan - Sediakan informasi pada asien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin dperlukan untuk mencegah komplkasi dmasa yang akan datang	

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
		- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan - I : - Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit - Melakukan penyuluhan kesehatan - Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dmasa yang akan datang - Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan - E : Masalah teratasi	

B. Pembahasan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada keluarga Ny.R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung Cikarantung Rt 02 Rw 03 Kecamatan Pasir Wangi Kabupaten Garut yang di lakukan pada tanggal 13 Maret 2021, penulis telah mendapatkan suatu pengalaman dan keterampilan secara langsung dengan menggunakan asuhan keperawatan komprehensif (bio-psiko-sosio-

spiritual) melalui lima tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

Adapun tahap proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, di mana dalam tahap ini penulis akan mengumpulkan data-data dari pendokumentasian yang ada di keluarga. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan.

Selama pengkajian ditemukan data pada Ny.R dengan hipertensi yaitu klien mengeluh sering mengalami sakit kepala Ny.R kesakitan dan sebagian keluarga Ny.R tidak tahu mengenai penyakit hipertensi dan keluarga Ny.R berada pada KM 1. Ny.R cemas dengan penyakit yang dideritanya. Ny.R mengatakan jarang berobat dengan tekanan darah 170/90 mmHg dan nadi 85x/menit.

Selama pengkajian terjadi nyeri akut akibat ketidaktahuan keluarga mengenai masalah hipertensi serta gangguan sirkulasi darah dan peningkatan pembuluh darah. Pada Ny.R terjadi peningkatan tekanan darah 170/90 mmHg dan nadi 85x/menit dan keluarga berada pada KM1.

Pada data data yang penulis temukan pada Ny.R tidak semuanya sama dengan teori, sehingga penulis dapat menyimpulkan adanya kesenjangan antara teori dengan lapangan hal ini bisa terjadi karena keluhan-keluhan dan data aktual yang terdapat pada Ny.R tidak menunjang masalah karena setiap orang memiliki kebutuhan yang berbeda-beda

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.R yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan ketidaktahan memanfaatkan pelayanan kesehatan
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahan dalam manfaat pelayanan kesehatan

Masalah yang ada pada teori tetapi tidak ada pada klien yaitu :

- a. Penurunan curah jantung
- b. Kelebihan volume cairan
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Ketidakefektifan koping
- e. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- f. Resiko cedera
- g. Defisiensi pengetahuan
- h. Nyeri Akut

3. Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut b.d dengan ketidaktahan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, intoleransi aktivitas berhubungan dgn ketidakmampuan eluarga merawat anggota yang sakit, kurang pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Pada tahap perencanaan terjadi kesenjangan antara rencana yang ada pada teori dan yang terjadi di lapangan, dimana rencana yang telah ditetapkan oleh penulis berdasarkan situasi dan kondisi. Faktor faktor yang mendukung kelancaran adalah hasil kerja sama dengan berbagai pihak.

4. Implementasi

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan yaitu Nyeri akut b.d ketidaktahuan dalam manfaat pelayanan kesehatan dengan mengkaji nyeri secara komprehensif, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, melakukan penanganan nyeri, mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi, meningkatkan istirahat.

Tindakan yang kedua yaitu mengatasi intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit, Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, Membantu pasien / keluarga dalam mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, Membantu mengetahui aktivitas yang disukai, Membantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda , tindakan yang ketiga yaitu kurang pengetahuan berhubungan dengan tidaktahuan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Memberikan penilaian tentan tingkat pengetahuan pasien tentan proses penyakit, Melakukan penyuluhan kesehatan , Menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat , Mendiskusikan perubahan

gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dmasa yang akan datang, Mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan.

5. Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk menentukan keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan mengacu kepada tujuan yang harus dicapai, setelah melaksanakan asuhan keperawatan selama 5hari pada keluarga Ny.R terhitung mulai pengkajian tanggal 13 maret 2021, penulis dapat mengevaluasi semua masalah keperawatan pada keluarga Ny.R

Pada perawatan hari pertama, kedua, dan ketiga (15-17 maret 2021) dua masalah keperawatan belum teratasi yaitu nyeri akut dan ansietas.

Pada perawatan hari keempat (18 maret 2021) dua masalah dapat teratasi yaitu nyeri akut dan intoleransi aktivitas dan kurang pengetahuan.

Kesimpulan : pada tahap ini merupakan tahapan untuk menilai sejauh mana hasil apabila melihat pada kriteria waktu yang ditetapkan secara khusus, semua telah tercapai dengan baik.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada keluarga Ny. R dengan Hipertensi pada Ny.R dari tanggal 13 Maret sampai tanggal 17 Maret 2021 dengan masalah masalah yang dihadapi pada Ny.R maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian, adapun data yang didapat saat pengkajian yaitu: Nyeri kepala, intoleransi aktivitas, dan kurang pengetahuan.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan. Adapun yang didapat saat merumuskan masalah kesehatan yaitu : nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan kurang pengetahuan.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan meliputi: penyuluhan dan demonstrasi.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan meliputi : penyuluhan dan demonstrasi
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Ny. R Dari ketiga masalah yang muncul semua dapat teratasi dengan baik.
6. Mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada keluarga Ny. R dengan Hipertensi pada Ny.R di Kampung cikurantung RT 02 RW 03 desa padamukti kecamatan pasirwangi kab. Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk keluarga

Keluarga harus tetap mempertahankan cara perawatan pada Ny.R dengan hipertensi yaitu: dengan mengkonsumsi obat tradisional dari mentimun, menghindari terjadinya stress yang berlebihan dan sebagainya.

2. Untuk Puskesmas

Agar proses pembinaan keluarga berhasil secara optimal hendaknya pembinaan keluarga dapat dilanjutkan oleh pihak Puskesmas secara proaktif melakukan intensitas dan pengecekan terhadap perencanaan dan program yang telah dilakukan terutama terhadap pemeriksaan dan pengobatan penyakit hipertensi yang dilakukan di puskesmas.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Agar mahasiswa mengetahui lebih banyak informasi diharapkan Institusi dapat memperbanyak sumber referensi terutama tentang Asuhan Keperawatan dengan Hipertensi dan mempermudah Mahasiswa untuk menggunakan fasilitas seperti internet dan indihome (internet super cepat).

DAFTAR PUSTAKA

- Amin dan hardhi, 2015. Asuhan keperawatan. Jakarta: mediaction jogya
- Dion, Yohanes, Betan, Yastina. 2013. Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik. Yogyakarta.
- Harmoko, S.Kes.,Ns 2012 Asuhan Keperawatan Keluarga Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Menteri kesehatan RI,2014.Pusat Data dan Informasi Jakarta Selatan
- Depkes RI., 2008. Hasil Riskesdas 2013, Mediakom, Info Untuk Semua Edisi XV, Jakarta.
- Depkes RI., 2010. Rencana Program Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Tahun 2010-2014, Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PP&PL, Direktorat Pengendalian PTM, 2010, Jakarta.
- Muslihin, Abi. 2012 Keperawatan Keluarga. Yogyakarta : Gosyen Publisng.
- Padila , 2012. Keperawatan Keluarga. Yogyakarta : Nuha Medika
- Setiawati, Santun. Citra Dermawan, Agus. Asuhan Keperawatan Keluarga, Jakarta : Trasn Info Media.
- Nadirawati, 2018.asuhan keperawatan keluarga. Cimahi: Pt refika aditama

Lampiran

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Hipertensi

Sasaran : Keluarga Ny.R

Pertemuan : 2

Hari/Tanggal : Senin, 15 Maret 2021

Waktu : 09:00 WIB

Tempat : Rumah Ny.R

A. Tujuan Intruksional Umum

Setelah melakukan penyuluhan, diharapkan keluarga Ny. R dapat memahami tentang Hipertensi.

B. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah melakukan penyuluhan, diharapkan keluarga Ny. R dapat memahami pengertian, tanda dan gejala hipertensi.

C. Materi

Terlampir

D. Metode

Ceramah, diskusi dan demonstrasi

E. Media

Lembar balik

F. Kegiatan

No	Acara	Kegiatan	Sasaran
1	Pembukaan	- Memberi salam - Memperkenalkan diri	- Menjawab salam - Mendengarkan dan

No	Acara	Kegiatan	Sasaran
		- Menyapaikan tujuann	memperhatikan
2	Inti	- Menjelaskan materi tentang Hipertensi - Diskusi	- Mendengarkan dan memperhatikan - Mengajukan pertanyaan
3	Penutup	- Evaluasi materi - Salam	- Menjawab pertanyaan - Menjawab salam

G. Evaluasi

1. Sebutkan Hipertensi
2. Jelaskan penyebab, tanda dan gejala Hipertensi.

Format Bimbingan Karya Tulis
STIKes KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2019

Nama : Amalia Pebriani

Nim : KHG.A18005

Judul : asuhan keperawatan pada keluarga ny. R dengan hipertensi pada ny.r di kampung cikurantung rt 02 rw 03 desa padamukti kecamatan pasirwangi kabupaten garut

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan	
				Mahasiswa	Pembimbing

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan	
				Mahasiswa	Pembimbing

--	--	--	--	--	--

HIPERTENSI



Di Susun Oleh :

AMALIA PEBRIANI

KHGA18005

**SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT**

3A D3 KEPERAWATAN

2020

PENGERTIAN HIPERTENSI

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Arif Muttaqin, 2009).

PENYEBAB HIPERTENSI

Ada beberapa faktor antara lain :

- a. Keturunan
- b. Usia
- c. Garam
- d. Koresterol
- e. Obesitas

TANDA DAN GEJALA HIPERTENSI

- a. Sakit kepala atau pusing
- b. Mudah marah
- c. Susah tidur

- d. Berat di tengkuk
- e. Mual dan muntah

PENCEGAHAN HIPERTENSI

- a. Jaga berat badan
- b. Kurangi makan makanan berlemak dan garam
- c. Berhenti merokok dan alkohol
- d. Kurangi atau tidak minum kopi
- e. Cukup istirahat dan tidur

PENGOBATAN HIPERTENSI

- a. Terapi
 - 1) Diuretic : Tablet
Hydrochlorothiazide (HCT), Lasix
(Furosemide)
 - 2) Beta-blockers : Atenolol
(Tenorim), Capoten (Captopril)
 - 3) Calcium channel blockers :
Norvasc (amlodipine)
- b. Tradisional

KOMPLIKASI HIPERTENSI

- a. Dapat menyebabkan gangguan penglihatan
- b. Serangan jantung
- c. Stroke atau kelumpuhan
- d. Gagal ginjal