

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA Tn. Z DENGAN MASALAH
UTAMA HIPERTENSI PADA Tn. Z DI DESA AMBOKEMBANG
KECAMATAN KEDUNGWUNI KABUPATEN
PEKALONGAN**



Diajukan untuk Memenuhi Tugas Akhir Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan
Pekalongan

Oleh

Aris Budi Niardi
NIM : 13.1643.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
TAHUN 2016**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. Z dengan Masalah Utama Hipertensi Pada Tn. Z di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Aris Budi Niardi telah diperiksa dan disetujui oleh dosen pembimbing untuk dilakukan ujian.

Pekalongan, 24Juni 2016

Pembimbing

Herni Rejeki, M.Kep, Ns, Sp.Kep.Kom
NIK : 96.001.016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Karya Tulis Ilmiah adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang
dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

Pekalongan, 24Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Aris Budi Niardi
NIM :13.1643.P

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. Z dengan Masalah Utama Hipertensi Pada Tn. Z di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Aris Budi Niardi telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 27 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Sigit Prasojo, SKM. M.Kep
NIK : 90.001.007

Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIK : 96.001.016

Mengetahui
Ka. Prodi DIII Keperawatan
Stikes Muhammadiyah Pekajangan

Herni Rejeki,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIK: 96.001.016

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkat rahmat dan petunjukNya penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Keluarga Tn. Z Dengan Masalah Utama Hipertensi Pada Tn. Z Di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan” Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih pada semua pihak yang telah banyak membantu dan memberi saran-saran yang membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Untuk itu, penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Mokhammad Arifin, SKp.Mkp, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep,Ns.Sp.Kep.Kom, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Sigit Prasojo, SKM.M.Kep.selaku Dosen Penguji 1 Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Warga Kelurahan Ambokembang.
5. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh Karena itu maka penulis berharap kritik dan saran pembaca untuk membangun karya tulis ilmiah asuhan keperawatan yang sempurna. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Pekajangan, 24Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I. PENDAHULUAN	
1. Latar Belakang.....	1
2. Tujuan Penulisan	2
3. Manfaat Penulisan	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Medis Hipertensi	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi Klinis.....	7
5. Penatalaksanaan.....	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	9
1. Pengertian Keluarga	9
2. Tipe Keluarga	9
3. Fungsi Keluarga.....	11
4. Struktur Keluarga	12
5. Keluarga Sejahtera.....	13
6. Keluarga Sebagai Sistem	14
7. Perkembangan Keluarga.....	16
8. Asuhan Keperawatan Keluarga	22

BAB III. RESUME KASUS

A. Pengkajian.....	27
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	29
C. Prioritas Diagnosa Keperawatan Sesuai Skoring.....	30
D. Intervensi.....	33
E. Implementasi.....	34
F. Evaluasi.....	35

BAB IV. PEMBAHASAN

A. Pengkajian	38
B. Diagnosa Keperawatan.....	39
C. Intervensi	41
D. Implementasi	42
E. Evaluasi	43

BAB V. PENUTUP

1. Kesimpulan	45
2. Saran	46

DAFTAR PUSTAKA 47**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak tiga kesempatan yang berbeda. Secara umum seorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Elizabeth J Corwin, 2009 (dikutip dari Medikal Bedah, 2012). Hipertensi juga sering diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Arif Muttaqin, 2009 (dikutip dari Medikal Bedah, 2012).

Penyakit ini menjadi salah satu masalah utama dalam ranah kesehatan masyarakat di Indonesia maupun dunia. Diperkirakan, 80% kenaikan kasus hipertensi terutama terjadi di negara berkembang pada tahun 2025, dari jumlah total 639 juta kasus di tahun 2000. Jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi 1,2 miliar kasus ditahun 2025. Angka-angka prevalensi (angka kejadian) hipertensi di Indonesia menunjukkan bahwa di daerah pedesaan masih banyak penderita hipertensi yang belum terjangkau oleh layanan kesehatan. Baik dari segi temuan kasus (case-finding) maupun pentalaksanaan pengobatan, jangkauannya masih sangat terbatas. Hal ini masih ditambah dengan tidak adanya keluhan dari sebagian besar penderita hipertensi. (Medikal Bedah, 2012).

Menurut survei Boedhi Darmojo pada tahun 2010 prevalensi hipertensi tanpa atau dengan tanda penyakit jantung hipertensi sebesar 33,8% (81 orang dari 243 orang tua usia 50 tahun ke atas). Wanita mempunyai prevalensi lebih tinggi terkena darah tinggi daripada pria. Dari kasus-kasus tersebut, ternyata 68,4% diantaranya termasuk hipertensi ringan (diastolik 95,104 mmHg), 28,1% hipertensi sedang (diastolik 105, 129) dan hanya 3,5 yang masuk hipertensi berat (diastolik sama atau lebih dari 130 mmHg). .

Hipertensi merupakan permasalahan serius di provinsi Jawa Tengah, khususnya di wilayah Kota/Kabupaten Pekalongan kasus Hipertensi mencapai

7807 kasus Hipertensi Essensial dan 1168 kasus Hipertensi lainnya.

Tahun 2015 kasus Hipertensi di wilayah kerja puskesmas kedungwuni 1 mencapai 274 kasus Hipertensi Essensial dengan rentang umur 30-65 ke atas dan 411 kasus Hipertensi lainnya dengan rentang umur 30-65 keatas. Berdasarkan data diatas penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn.Z dengan Hipertensi di Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni Kabupaten Pekalongan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan Keluarga pada dengan Masalah Keperawatan Hipertensi yang komprehensif di Desa Ambokembang.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulis melakukan karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Teridentifikasinya masalah keluarga Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi di Desa Ambokembang.
- b. Ditegakkannya diagnosa Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi di Desa Ambokembang.
- c. Tersusunnya rencana Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi di Desa Ambokembang.
- d. Terlaksananya tindakan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi di Desa Ambokembang.
- e. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi dengan tepat di Desa Ambokembang.

C. Manfaat

Adapun manfaat penulisan karya tulis ilmiah adalah :

- 1. Bagi Ilmu Pengetahuan**

Dengan diselesaikannya karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Keperawatan Hipertensi.

- 2. Bagi Penulis**

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pemahaman, dan pengalaman bagi penulis tentang Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Hipertensi.

- 3. Bagi Intirusi pendidikan**

- Bagi institusi kesehatan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan meningkatkan mutu pelayanan pada klien Hipertensi sehingga dapat mengurangi komplikasi.
- Bagi institusi pendidikan agar dapat mencetak generasi perawat yang profesional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP HIPERTENSI

1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg. Elizabeth j. Corwin, 2009 (dikutip dari Medikal Bedah).

Hipertensi sering juga diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Arif Muttaqin, 2009. (dikutip dari Medikal Bedah).

2. Etiologi

a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah hipertensi esensial atau hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial diantaranya :

- 1) Genetik
- 2) Jenis kelamin dan Usia
- 3) Diet
- 4) Obesitas
- 5) Gaya Hidup

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang penyebabnya dietahui. Beberapa gejala atau penyakit yang menyebabkan hipertensi jenis ini anatara lain

- 1) *Coarctationaorta.*
- 2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal.
- 3) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen).
- 4) Gangguan endokrin
- 5) Obesitas
- 6) Stress
- 7) Kehamilan
- 8) Luka bakar
- 9) Peningkatan volume intravaskuler
- 10) Merokok

3. Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer (*periphral resistance*). Tekanan darah membutuhkan aliran darah melalui pembuluh darah yang ditentukan oleh kekuatan pompa jantung (*cardiac output*) dan tahanan perifer. Sedangkan cardiac output dan tahanan perifer dipengaruhi oleh faktor-faktor yang saling berinteraksi yaitu natrium, stress, obesitas, genetik, dan faktor risiko hipertensi lainnya.

Menurut Anies 2006 (dikutip dari trend disease) peningkatan tekanan darah melalui mekanisme :

- a. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan darah lebih banyak cairan setiap detiknya.
- b. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga tidak dapat mengembang saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut.
- c. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi dapat meningkatkan tekanan darah.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Ardiansyah Medikal Bedah, 2012. Sebagian manifestasi klinis timbul setelah penderita mengalami hipertensi selama bertahun-tahun. Gejalanya berupa:

- a. Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah interaknum.
- b. Penglihatan kabur karena terjadi kerusakan pada retina sebagai dampak dari hipertensi.
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena terjadi kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia (sering berkemih dimalam hari) karena adanya peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi *glomerulus*.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Ardiansyah Medikal Bedah, 2012. Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut :

- a. Terapi Farmakologi
 - 1) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5 -25 mg per hari dengan dosis tunggal pada pagi hari (pada hipertensi dalam kehamilan, hanya digunakan bila disertai hemokonsentrasi /udem paru).
 - 2) Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal.
 - 3) Propanolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
 - 4) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan untuk penderita asma)
 - 5) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

b. Terapi Non Farmakologi

Langkah awal biasanya adalah dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan cara :

- 1) Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
- 2) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi.
- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asuhan kalsium, magnesium, dan kalsium yang cukup).
- 4) Mengurangi mengkonsumsi alkohol.
- 5) Berhenti merokok
- 6) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat (penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali).

Penulis dalam menerapi klien lebih mengunggulkan dengan teknik Relaksasi Progresif. Adapun pengertian, tujuan, manfaat, dan indikasi sebagai berikut :

a) Pengertian

Relaksasi adalah suatu teknik dalam terapi perilaku untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Relaksasi progresif yaitu teknik merelaksasikan otot dalam pada bagian tubuh tertentu atau seluruhnya melalui teknik program terapi ketegangan otot.

b) Tujuan

- (1) Membantu pasien menurunkan stress tanpa farmakologi.
- (2) Dapat mencegah manifestasi psikologis maupun fisiologis yang diakibatkan stress.

c) Manfaat

Banyak manfaat nyata dari latihan relaksasi progresif, antara lain : menurunkan ketegangan otot mengurangi tingkat kecemasan, sakit kepala, hipertensi dan insomnia.

d) Indikasi

Tehnik relaksasi membantu pasien berkoping dari cemas, panik gejala fisik lain (Mc Cann, 2003). Indikasi lain untuk nyeri otot, cemas, depresi ringan. Kontra indikasi terapi ini adalah pada pasien marah.

B. KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

1. Pengertian

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Mubarak dkk, 2011, hal 67).

2. Tipe Keluarga

Menurut Mubarak (2011 hal 70-71) keluarga dibagi beberapa tipe yaitu :

a. Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

- 1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak ayang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi)

b. Secara Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah :

1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) *Middle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/keduanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/ meniti karier.

4) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6) *Dual Carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) *Three Generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) *Institutional*

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

11) Comunal

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) Group Marriage

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13) Unmarried Parent and Child

Yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

14) Cohabiting Couple

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) Gay and Lesbian Family

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3. Fungsi Keluarga

a. Fungsi dan tugas keluarga

Dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan sebagai berikut :

- 1) Fungsi biologis: untuk meneruskan keturunan; memelihara dan membesarkan anak; memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- 2) Fungsi psikologis : memberikan kasih sayang dan rasa aman; perhatian; kedewasaan kepribadian dan memberikan identitas keluarga.
- 3) Fungsi sosialisasi : membina sosialisasi pada anak; membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan masing-masing; meneruskan nilai-nilai budaya.

- 4) Fungsi ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga; menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.
 - 5) Fungsi pendidikan : Menyekolahkan anak untuk memperoleh pengetahuan, ketrampilan, dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya; mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.
- b. Tugas-tugas keluarga
- Dalam sebuah keluarga ada beberapa tugas dasar didalamnya terdapat delapan tugas pokok sebagai berikut :
- a) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
 - b) Memelihara sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
 - c) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
 - d) Sosialisasi antar anggota keluarga.
 - e) Pengaturan jumlah anggota keluarga.
 - f) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
 - g) Penetapan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
 - h) Membangkitkan dorongan dan semangat anggota keluarga. Nasrul effendy, 1998: 37. (dikutip dari Ilmu Keperawatan Komunitas).

4. Struktur keluarga

Struktur keluarga terdiri dari : pola dan proses komunikasi, struktur peran, struktur kekuatan dan struktur nilai dan norma. Dan Friedman, (dikutip dari mubarak dkk, 2011, hal 69-70) menggambarkan sebagai berikut :

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila : jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai dan ada hirarki kekuatan.

b. Struktur peran

Yang dimaksud struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi pada struktur peran bisa bersifat formal atau informal.

c. Struktur kekuatan

Yang dimaksud adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol atau mempengaruhi atau merubah perilaku orang lain : legitimate power (hak), referent power (ditiru), expert power (keahlian), reward power (hadiah), coercive power (paksa) dan affective power.

d. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu berarti disini adalah lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

5. Keluarga sejahtera

a. Definisi

Keluarga sejahtera adalah keluarga yang dibentuk atas dasar perkawinan yang syah mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak. Tahapan dari keluarga sejahtera menurut (mubarak dkk, 2011, hal 80-82) adalah sebagai berikut :

1) Keluarga pra sejahtera.

Yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kenutuhan dasarnya secara minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, pangan, sandang, papan, dan kesehatan, atau keluarga yang belum dapat memenuhi salah satu atau lebih indicator keluarga sejahtera tahap I.

2) Keluarga sejahtera tahap I

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya minimal tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologinya, yaitu kebutuhan pendidikan, keluarga berencana

(KB), interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal, dan transportasi.

3) Keluarga sejahtera tahap II

Adalah keluarga-keluarga yang disamping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal serta telah dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologinya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangannya, seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.

4) Keluarga sejahtera tahap III

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangan keluarganya, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk : material dan kuangan untuk sosial kemasyarakatan, dan juga berperan aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.

5) Keluarga sejahtera tahap III Plus.

Yaitu keluarga-keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, sosial psikologis dan pengembangannya telah terpenuhi serta memiliki keperdulian sosial yang tinggi pada masyarakat. (mubarak dkk, 2011, hal 80-82).

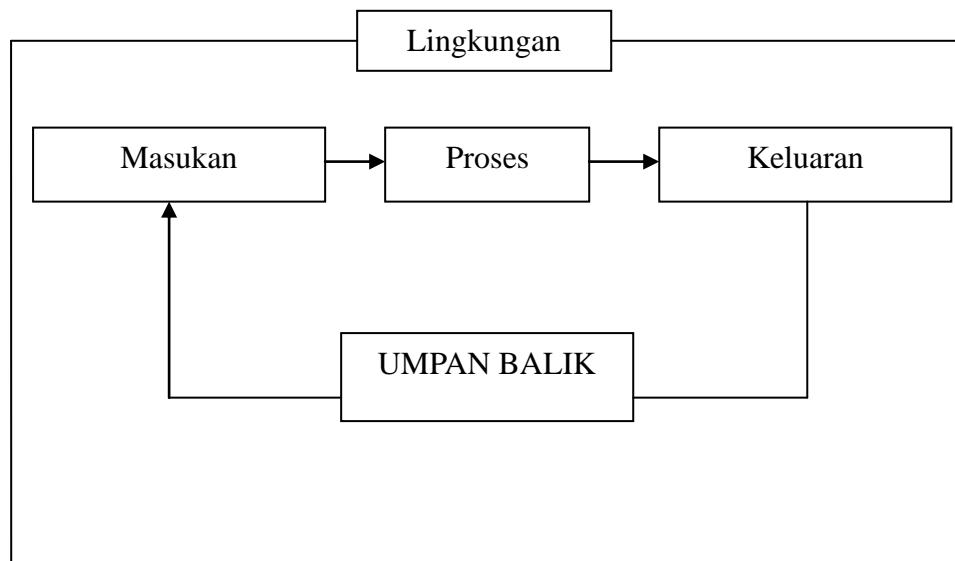
6. Keluarga sebagai suatu sistem

a. Definisi sistem

Kumpulan dari beberapa bagian fungsional yang saling berhubungan dan tergantung satu dengan yang lain dalam waktu tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Alasan keluarga disebut sistem (mubarak dkk, 2011, hal 82-83) sebagai berikut :

- 1) Keluarga mempunyai subsistem yaitu : anggota, fungsi, peran, aturan, budaya dan lainnya yang dipelajari dan dipertahankan dalam kehidupan keluarga.
 - 2) Terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar subsistem.
 - 3) Merupakan unit (bagian) terkecil dari masyarakat yang dapat mempengaruhi supra sistemnya.
- Seperti pada umumnya suatu sistem, keluarga juga mempunyai komponen-komponen sistem.



Gambar diatas diuraikan sebagai berikut :

- 1) Masukan (input), terdiri dari : anggota keluarga, fungsi keluarga, aturan dari lingkungan (masyarakat) sekitar (luas), budaya, agama, dan sebagainya.
- 2) Proses (throughput) merupakan proses yang terjadi dalam melaksanakan fungsi keluarga.
- 3) Luaran (output) adalah dari hasil suatu proses yang berbentuk perilaku keluarga : perilaku sosial, perilaku kesehatan, perilaku keagamaan, perilaku sebagai warga negara dan yang lain.

- 4) Umpan balik (feedback) adalah sebagai pengontrol dalam masukan dan proses yang berasal dari perilaku keluarga yang ditampakkan pada lingkungan/masyarakat di sekitarnya.

7. Perkembangan keluarga

Perkembangan keluarga adalah proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi : perubahan pola interaksi dan hubungan antara anggotanya disepanjang waktu. Berikut adalah tahap perkembangan menurut (mubarak dkk, 2011, hal 86-92) :

- a. Tahap I Pasangan baru atau keluarga baru (*Beginning Family*)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu suami dan isteri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Tugas perkembangan pada tahap ini :

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

- b. Tahap II. Keluarga “*Child- Bearing*” (Kehirian anak pertama)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kehirian bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenui kebutuhan bayi. Tugas perkembangan :

- 1) Persiapan menjadi orang tua.
- 2) Membagi peran dan tanggung jawab.

- 3) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.
 - 4) Mempersiapkan biaya atau dana Child Bearing.
 - 5) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
 - 6) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.
- c. Tahap III. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah (*Families With Preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti : kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
 - 2) Membantu anak untuk bersosialisasi.
 - 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi.
 - 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam maupun diluar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar).
 - 5) Pembagian waktu individu, pasangan dan anak (tahap paling repot).
 - 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
 - 7) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh dan kembang anak.
- d. Tahap IV. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (*Families With School Children*).

Tahap ini dimulai pada saat anak yang tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga :

- 1) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan, semangat belajar.
- 2) Tetap mempertahankan hubungan keluarga yang harmonis dalam perkawinan.
- 3) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 4) Menyediakan aktifitas untuk anak.

- 5) Menyesuaikan pada aktifitas komuniti dengan mengkutsertakan anak.
- e. Tahap V. Keluarga dengan Anak Remaja (*Families With Teenagers*).
Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19/20 tahun, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tugas perkembangan keluarga :
 - 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkat otonominya.
 - 2) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
 - 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
 - 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
- f. Tahap VI. Keluarga dengan Anak Dewasa atau pelepasan (*Launching Center Families*).
Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tugas perkembangan keluarga :
 - 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
 - 2) Mempertahankan keintiman pasangan.
 - 3) Membantu orang tua suami atau isteri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
 - 4) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
 - 5) Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
 - 6) Berperan suami-isteri kakek-nenek.
 - 7) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Tahap VII. Keluarga Usia Pertengahan (*Middle Age Families*)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan keluarga :

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

h. Tahap VIII. Keluarga Lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Tugas perkembangan keluarga :

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

Tugas keluarga meliputi tanggung jawab untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan biologik, kultural dan pribadi serta aspirasi para anggota pada setiap tingkat perkembangan keluarga. 8 (delapan) tugas dasar tersebut meliputi :

a) Pemeliharaan fisik

Keluarga bertanggung jawab menyediakan tempat bernaung, pakaian yang sesuai, dan makanan yang cukup bergizi, serta asuhan kesehatan atau keperawatan yang memadai.

b) Alokasi sumber

Sumber-sumber meliputi : keuangan, waktu pribadi, energi dan hubungan dengan orang lain. Kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dipenuhi melalui penganggaran dan pembagian kerja untuk menyediakan bahan, ruangan dan fasilitas melalui hubungan interpersonal untuk saling membagi wewenang, respek perhatian.

c) Pembagian kerja

Anggota keluarga menetapkan siapa yang akan memikul tanggung jawab apa, seperti memperoleh penghasilan atau income, mengelola tugas-tugas kerumahtanggaan, memelihara rumah dan kendaraan, memberi asuhan kepada anggota keluarga yang masih muda, tua, atau yang tidak mampu/tidak berdaya dan tugas-tugas lain yang telah ditentukan.

d) Soialisasi anggota keluarga

Keluarga mempunyai tanggung jawab untuk membimbing berkembangnya secara matang pola perilaku yang dapat diterima masyarakat, yang menyangkut kebutuhan makan, eliminasi, istirahat tidur, seksualitas, interaksi dengan orang lain.

e) Reproduksi, penerimaan dan melepas anggota keluarga

Melahirkan, adopsi dan membesarakan anak adalah anggota-anggota keluarga baru melalui perkawinan. Kebijakan-kebijakan ditetapkan untuk memasukkan orang yang lain ke dalam keluarga seperti : mertua, sanak saudara, orang tua tiri, tamu dan teman.

f) Pemeliharaan keteraturan

Keteraturan dipelihara melalui interaksi perilaku yang bisa diterima. Bentuk dan identitas, pola kasih sayang, ungkapan seksual diperkuat melalui perilaku orang tua untuk menjamin penerimaan dalam masyarakat.

g) Penempatan anggota keluarga dalam masyarakat luas.

Anggota keluarga mengakar di masyarakat melalui hubungan ditempat ibadah, sekolah, sistem politik dan organisasi-organisasi lain. Keluarga juga memikul tanggung jawab untuk melindungi anggota keluarga dari pengaruh luar yang tidak diinginkan dan dalam keanggotaan kelompok-kelompok yang tidak diinginkan.

h) Pemeliharaan motivasi dan moral

Anggota keluarga menghargai satu sama lain atas keberhasilan mereka dan disediakannya susana keluarga yang mencerminkan bahwa setiap individu diterima, didukung dan diperhatikan. Keluarga mengembangkan suatu falsafah hidup dan semangat kesatuan dan kesetiaan keluarga, sehingga memungkinkan anggota-anggota beradaptasi dengan krisis pribadi maupun keluarga.

8. Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematik untuk bekerjasama dengan keluarga adalah sebagai berikut :

a. Tahap pengkajian

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah :

- 1) Data umum :
 - a) Meliputi nama kepala keluarga, alamat, pekerjaan dan status imunisasi masing-masing keluarga serta genogram.
 - b) Type keluarga.
 - c) Suku bangsa.
 - d) Agama.
 - e) Status sosial ekonomi keluarga.
 - f) Aktivitas rekreasi keluarga.
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
 - a) Tahap perkembangan pada tahap ini.
 - b) Tahap keluarga yang belum dipenuhi.
 - c) Riwayat keluarga inti.
- 3) Pengkajian lingkungan
 - a) Karakteristik rumah.
 - b) Karakteristik tetangga.
 - c) Mobilitas geografis keluarga.
 - d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.
 - e) Sistem pendukung keluarga.
- 4) Struktur keluarga
 - a) Pola komunikasi keluarga.
 - b) Struktur kekuatan keluarga.
 - c) Struktur peran.
 - d) Nilai atau norma keluarga.
- 5) Fungsi keluarga
 - a) Fungsi afektif
 - b) Fungsi sosialisasi
 - c) Fungsi perawatan kesehatan. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga yaitu :

- 1) Mengenal masalah kesehatan
 - 2) Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.
 - 3) Merawat anggota keluarga yang sakit.
 - 4) Memelihara lingkungan rumah yang sehat.
 - 5) Menggunakan pelayanan atau fasilitas kesehatan di masyarakat.
 - d) Fungsi reproduksi
 - e) Fungsi ekonomi
 - 6) Stress dan coping keluarga
 - a) Stressor jangka pendek
 - b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.
 - c) Strategi coping yang digunakan.
 - d) Strategi adaptasi disfungsional.
 - 7) Pemeriksaan fisik
 - 8) Harapan keluarga
- b. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga
- Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan coping keluarga baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan dan sumber daya keluarga. Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan dat yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnosis keperawatan meliputi :
- 1) Problem atau masalah (P)
 - 2) Etiologi atau penyebab (E)
 - 3) Sign atau tanda (S)
- Tipologi dari diagnosis keperawatan :

- 1) Diagnosis aktual (terjadi deficit atau gangguan kesehatan). Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan dimana masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga memerlukan bantuan untuk segera ditangani dengan cepat.
 - 2) Diagnosis resiko tinggi (ancaman kesehatan). Sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, tetapi tanda tersebut menjadi masalah aktual apabila tidak segera mendapatkan bantuan pemecahan dari tim kesehatan atau keperawatan.
 - 3) Diagnosis potensial (keadaan sejahtera “wellness”). Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.
- c. Diagnosa keperawatan untuk klien Hipertensi .
- Sesuai dalam tinjauan teori diatas diagnose keperawatan Hipertensi dalam NANDA NIC-NOC 2015 : memunculkan 7 diagnosa keperawatan yaitu : 1) Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan iskemia miokard 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilitas 3) Nyeri akut: sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral 4) Ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan 5) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi 6)Ansietas 7)resiko cidera
- d. Rencana keperawatan keluarga
- Rencana keperawatan keluarga adalah kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi.

e. Tindakan keperawatan keluarga

Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal dibawah ini :

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan.
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat.
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan.

f. Evaluasi

Langkah-langkah dalam mengevaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan kepada individu maupun keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Tentukan garis besar masalah kesehatan yang dihadapi dan bagaimana keluarga mengatasi masalah tersebut.
- 2) Tentukan bagaimana rumusan tujuan perawatan yang akan dicapai.
- 3) Tentukan kriteria dan standar untuk evaluasi.
- 4) Tentukan metode atau teknik evaluasi yang sesuai.
- 5) Bandingkan keadaan yang nyata dengan kriteria standar untuk evaluasi.
- 6) Identifikasi penyebab.
- 7) Perbaiki tujuan berikutnya (mubarak, 2011, hal 95-110)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 14 maret 2016 pukul 10.00 WIB di rumah keluarga Tn. Z Di Desa Ambokembang kecamatan kedungwuni. Dari hasil wawancara diperoleh data identitas klien yaitu nama Tn. Z, usia 56 tahun, alamat Desa Ambokembang Kecamatan Kedungwuni pendidikan terakhir klien Sekolah Dasar, klien beragama Islam, klien adalah seorang buruh. Dirumah klien tinggal bersama istri yaitu Ny. K yang berumur 44 tahun yang merupakan buruh dan anaknya Nn. S berumur 20 tahun, An. S berumur 13 tahun, dan An. K berumur 9 tahun. Klien mempunyai 4 orang anak, semua anaknya belum menikah.

Tipe keluarga Tn.Z adalah Keluarga Inti (*Nuclear Family*) karena terdiri dari seorang suami, istri, dan anak kandung yang tinggal dalam satu rumah. Klien dan semua anggota keluarganya beragama islam. Pendapatan keluarga Tn. Z kira-kira Rp.600,000,- perbulan sebagai buruh, sedangkan istri Rp.400,000,- perbulan sebagai buruh untuk biaya kebutuhan hidup dibantu oleh anaknya yang sudah bekerja.

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah : Keluarga Tn. Z mempunyai 4 orang anak, anak pertama belum menikah dan tinggal di semarang, anak kedua, ketiga, dan keempat belum menikah dan tinggal bersama Tn.Z dalam satu rumah. Saat ini keluarga Tn.Z berada pada Tahap perkembangan keluarga tahap VI yaitu, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama yang meninggalkan rumah). Tahap perkembangan keluarga Tn. Z saat ini sudah terpenuhi, tidak ada perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.
- b. Komunikasi sehari-hari Tn. Z menggunakan bahasa jawa, jika didalam keluarga ada suatu masalah akan dimusyawarahkan. Pengambilan keputusan ada ditangan Tn. Z selaku kepala rumah tangga. Ny K menjalankan peran

sebagai ibu rumah tangga. Nilai-nilai yang dianut keluarga saling menghormati antar anggota keluarga yang satu dengan yang lain, menghormati yang lebih tua dan menyayangi yang lebih muda. Nilai yang ada di keluarga merupakan gambaran diri dar agama yang dianut, tidak terlihat adanya konflik dalam nilai.

- c. Riwayat kesehatan keluarga inti saat ini didalam keluarga Tn. Z dan Ny. K ada yang menderita penyakit Hipertensi yaitu Tn. Z, sebelumnya Tn. Z sering mengeluh pusing, jika pusing seringnya klien tidak aktivitas riwayat dari Tn. Z tidak ada yang Hipertensi. Ketika Tn. Z pusing atau sakit kepala Tn. Z kadang membeli obat diwarung atau langsung berobat ke Puskesmas. Anggota keluarga yang lain tidak ada yang menderita penyakit yang lainnya. Apabila dalam keluarga Tn. Z ada yang sakit langsung dibawa ke puskesmas. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan dari keluarga Tn. Z maupun Ny. K. Sistem pendukung keluarga yaitu pada waktu Tn. Z sakit atau ada anggota keluarga yang sakit, pihak keluarga langsung membawanya ke Puskesmas.
- d. Fungsi perawatan kesehatan : Keluarga belum mampu mengenal masalah perawatan keluarga yaitu, cara merawat orang Hipertensi dan belum mampu memutuskan perawatan yang akan diberikan kepada Tn. Z. Keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada didesanya. Saat ditanya Ny. K belum tahu tentang penyakitnya Tn. Z dan belum mengerti penyebab dan pengobatannya. Dari hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 14 maret 2016 pukul 13.00 WIB pada Tn. Z diperoleh data : TD 170/100 mmHg, RR 20x/ menit, nadi 90, Tn. Z mengatakan sering mengeluh pusing dibagian tengkuk, skala nyeri 4. Keluarga selalu berharap agar Tn. Z dapat cepat sembuh agar bisa beraktivitas seperti biasa sebelum Tn. Z sakit dan keluarga berharap petugas kesehatan memberikan informasi tentang penyakit hipertensi dan cara pengobatan serta pencegahannya.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Analisa data :

DS :

Keluarga dan Tn. Z mengatakan Tn. Z sering mengeluh pusing

Keluarga dan Tn. Z mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya

Keluarga mengatakan jika Tn. Z pusing tidak aktivitas

Keluarga dan Tn. Z mengatakan cemas dengan penyakit yang diderita oleh Tn. Z tidak sembuh-sembuh

DO :

Tn. Z nampak sering memegang tengkuk

Keluarga dan Tn. Z tidak tahu saat ditanya tentang penyakit Tn. Z

Tn. Z nampak sering tidak aktivitas jika merasa pusing

Keluarga Tn. Z nampak takut dan cemas tentang penyakit Tn. Z untuk kedepannya

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 14 maret 2016 ada beberapa masalah keperawatan yang muncul pada Tn. Z yaitu sebagai berikut :

- 1) Nyeri Akut ditandai dengan Tn. Z sering pusing dibagian tengkuk, skala nyeri 4, kadang-kadang Tn. Z memegangi bagian tengkuk.
- 2) Intoleransi aktivitas ditandai dengan Tn. Z jika merasa pusing hanya istirahat dan tidak beraktivitas.
- 3) Ansietas terhadap komplikasi ditandai dengan keluarga takut penyakit Tn. Z tidak sembuh-sembuh, keluarga nampak cemas dan bingung.

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan Sesuai Skoring

1. Nyeri akut.

No	Kriteria	Skore	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	3/3x1 = 1	Klien sering mengeluh pusing bagian tenguk, Data Objektifnya : TD : 170/100 mmHg, RR : 22x/menit, Nadi : 90x/menit, sering memegangi tenguk.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		2	2/2x2 = 2	Keluarga kurang kooperatif dalam mendukung dalam proses penyembuhan klien
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah	3 2 1	1	2/3x1 = 2/3	Klien sudah dilakukan pengobatan klinik desa, keluarga belum bisa melakukan perawatan
4.	Menonjolnya masalah : - Masalah dirasakan dengan upaya - Masalah dirasakan dengan tanpa upaya - Masalah tidak dirasakan	0 1 2	1	2/2x1 = 1	Keluarga tidak merasakan kesusahan karena klien masih bisa aktivitas
	Total			4 2/3	

2. Intoleransi aktivitas

No	Kriteria	Skore	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	3/3x1 = 1	Klien jika pusing hanya istirahat dan tidak beraktivitas, nampak hanya duduk diruang tamu.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		2	2/2x2 = 2	Klien menyetujui jika merasa pusing untuk mengkompres tengkuk agar bisa beraktivitas
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah	3 2 1	1	2/3x1 = 2/3	Menjelaskan cara merawat orang yang sakit agar bisa beraktivitas
4.	Menonjolnya masalah : - Masalah dirasakan dengan upaya - Masalah dirasakan dengan tanpa upaya - Masalah tidak dirasakan	0 1 2	1	2/2x1 = 1	Klien menyadari dengan tindakan mengkompres dapat mengurangi rasa nyeri agar bisa beraktivitas
	Total			3 2/3	

3. Ansietas (cemas).

No	Kriteria	Skore	Bobot	Skore	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : - Aktual - Resiko - Potensial	3 2 1	1	3/3x1 = 1	Klien merasa cemas yang menyebabkan peningkatan TD yang memperburuk keadaan
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : - Mudah - Sebagian - Sulit		1 2 1 0	2/2x1 = 1	Pemberian penjelasan yang tepat dapat menurunkan rasa cemas
3.	Potensial masalah untuk dicegah : - Tinggi - Sedang - Rendah		1 3 2 1	2/3x1 = 2/3	Menjelaskan tentang penyakit membantu mengurangi rasa cemas
4.	Menonjolnya masalah : - Masalah dirasakan dengan upaya - Masalah dirasakan dengan tanpa upaya - Masalah tidak dirasakan	0 1 2	1	2/2x1 = 1	Klien menyadari dengan diet yang tepat mengurangi rasa cemas
	Total			2 2/3	

D. Intervensi

1. Nyeri Akut

Tujuan Umum : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan gangguan rasa nyaman (nyeri) teratasi atau hilang ditandai dengan klien mengatakan jarang pusing.

Tujuan Khusus :

Klien dan keluarga mampu mengenal masalah hipertensi

Keluarga mampu mengambil keputusan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman

Keluarga mampu melakukan pelayanan kesehatan

Intervensi Keperawatan

Berikan penjelasan pada keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit (hipertensi) dengan teknik relaksasi progresif, kompres hangat pada bagian tengkuk dan menghindari perubahan posisi secara mendadak.

2. Intoleransi aktivitas

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan mobilitas klien tidak terhambat ditandai dengan sudah tidak banyak istirahat dan tidak berhenti beraktivitas.

Tujuan Khusus :

Memenuhi kebutuhan dasar manusia

Mencegah terjadinya trauma

Mempertahankan tingkat kesehatan

Mempertahankan interaksi sosial dan peran sehari-hari

Mencegah hilangnya kemampuan fungsi tubuh

Intervensi keperawatan :

Mengatur penggunaan energi untuk mencegah kelelahan, beri penjelasan gerakan tubuh pasif atau aktif untuk mempertahankan fleksibilitas sendi, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, membantu individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, memberikan terapi sebelum aktivitas untuk mengurangi tingkat nyeri.

3. Ansietas

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan rasa takut teratas/hilang ditandai dengan klien maupun keluarga tidak cemas dan mampu mengerjakan apa yang sudah dijelaskan.

Tujuan Khusus :

Keluarga mampu menerapkan untuk kebutuhan tidur yang sesuai

Keluarga mampu memeriksakan secara teratur ke pelayanan kesehatan

Klien mengatakan sudah tidak cemas

Wajah klien tampak rileks

Intervensi keperawatan

Mempersiapkan pasien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan, meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien beradaptasi dengan stressor, memberikan penanganan selama cemas.

E. Implementasi

1. Nyeri akut ditandai dengan keluarga dan klien menyatakan bahwa Tn. Z sering pusing dibagian tengkuk, skala nyeri 4, nampak Tn. Z kadang-kadang memegangi tengkuknya.

Implementasi

Mengajarkan dan melatih keluarga untuk melakukan teknik relaksasi progresif, kompres hangat bagian tengkuk, dan menghindari perubahan posisi secara mendadak.

2. Intoleransi aktivitas ditandai dengan keluarga dan klien mengatakan jika pusing hanya istirahat dan tidak beraktivitas, Tn. Z nampak tidak aktivitas jika sakit.

Implementasi

Mengatur klien untuk mencegah kelelahan, memberikan penjelasan gerakan aktif dan pasif untuk mempertahankan fleksibilitas sendi, memberikan terapi/kompres hangat sebelum aktivitas untuk mengurangi tingkat nyeri.

3. Ansietas terhadap komplikasi ditandai dengan dengan keluarga takut penyakit Tn. Z tidak sembuh-sembuh, keluarga nampak cemas dan bingung.

Implementasi

Meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien beradaptasi dengan stressor, memotivasi selama cemas dengan memberikan penjelasan yang tepat tentang penyakit Tn. Z.

F. Evaluasi

1. Nyeri akut ditandai dengan keluarga dan klien menyatakan bahwa Tn. Z sering pusing dibagian tengkuk, skala nyeri 4, nampak Tn. Z kadang-kadang memegangi tengkuknya.

Evaluasi hasil pada tanggal 16 maret 2016, ditemukan data keluarga mengatakan sudah melatih Tn. Z teknik relaksasi progresif dan kompres hangat bagian tengkuk.

2. Intoleransi aktivitas ditandai dengan keluarga dan klien mengatakan jika pusing hanya istirahat dan tidak beraktivitas.

Evaluasi hasil data keluarga Tn. Z sudah bisa mengkompres secara mandiri dan sudah sering beraktivitas jika pusing langsung mengkompres secara mandiri tidak harus diingatkan oleh keluarga. Masalah teratasi diharapkan keluarga mampu mempertahankan kondisinya.

3. Ansietas terhadap komplikasi ditandai dengan keluarga takut penyakit Tn. Z tidak sembuh-sembuh, keluarga nampak cemas dan bingung.

Evaluasi hasil data keluarga Tn. Z sudah tidak cemas dan tampak wajah klien sudah rileks dan tidak bingung. Jadi masalah gangguan rasa aman (cemas) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat dan mengenal masalah anggota keluarga dengan hipertensi telah teratasi diharapkan keluarga mampu mempertahankan kondisinya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. Z dengan masalah utama Hipertensi khususnya Tn. Z di Desa Ambokembang kecamatan kedungwuni Kabupaten Pekalongan selama 3 hari dari tanggal 16 Maret sampai tanggal 18 Maret 2016. Dimana sebelumnya sudah melakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2016. Pada kasus ini penulis akan membahas mengenai hasil pengkajian sampai evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dimasukan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggot keluarga yang dibina. Selama aspek pengumpulan data penulis menggunakan metode :

- a. Wawancara atau anamnesa yaitu menanyakan atau tanya jawab sebagai bentuk komunikasi yang direncanakan berkaitan dengan masalah yang dihadapi.
- b. Pengamatan atau observasi yaitu dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data berkaitan dengan masalah kesehatan dan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik adalah data untuk memperoleh data secara fisik. (setiadi 2008, h.46)

Metode pengumpulan data yang penulis gunakan saat melakukan pengkajian pada tanggal 14 maret 2016 sudah sesuai dengan teori, yaitu menggunakan metode wawancara, pengamatan atau observasi dan pemeriksaan fisik. Namun dalam melakukan pemeriksaan fisik dan mengkaji perkembangan keluhan pada setiap pertemuan, penulis hanya melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemeriksaan hanya ada Tn. Z dan anaknya.

Hasil pengkajian pada keluarga Tn. Z mengatakan menderita Hipertensi selama 3 tahun, nyeri bagian tengkuk, jika sakit Tn. Z tidak aktivitas dan hanya istirahat, keluarga cemas dengan penyakit Tn. Z yang tidak kunjung sembuh dan takut untuk kedepannya, keluarga belum mengetahui tentang penyakit Hipertensi.

B. Diagnosa keperawatan

Sesuai dalam tinjauan teori diatas diagnose keperawatan Hipertensi dalam NANDA NIC-NOC 2015 : memunculkan 7diagnosa keperawatan yaitu : 1) Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan iskemia miokard 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dan imobilitas 3) Nyeri akut: sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral 4) Ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan 5) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi 6)Ansietas 7)Resiko cidera. Tetapi dalam kasus pada keluarga Tn. Z khususnya Tn. Z dengan Hipertensi hanya muncul 3 diagnosa keperawatan yaitu, nyeri, intoleransi aktivitas, gangguan rasa aman : cemas. Karena pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret hanya didapatkan data yang mendukung pada penegakan 3 diagnosa.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga Tn. Z khususnya Tn. Z dengan Hipertensi yang disusun sesuai prioritas keperawatan, yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dari emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial (NANDA 2012, h. 604). Hasil pengkajian didapatkan nyeri dibagian tengkuk, nyeri hilang timbul. Etiologi dari diagnosa nyeri akut yaitu Tn. Z mengatakan sering pusing dibagian tengkuk. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas pertama sesuai hasil skorsing yaitu 4 2/3. Etiologi dalam asuhan keperawatan keluarga diambil dari 5 tugas keluarga

dengan asumsi bahwa apabila keluarga tidak bisa menjalankan kelima tugas dengan baik maka akan timbul masalah kesehatan.

Kelima penyebab masalah tersebut adalah :

- a. Keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarganya
- b. Keluarga tidak mampu mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Keluarga tidak mampu merawat anggota keluarganya yang sakit atau yang tidak dapat menolong dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- d. Keluarga tidak mampu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Keluarga tidak mampu mempertahankan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (Setiadi, 2008 h. 13)

2. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk menjalankan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ingin atau harus dilakukan (NANDA 2012, h. 24). Hasil pengkajian didapatkan data keluarga mengatakan jika pusing Tn. Z hanya istirahat dan tidak aktivitas, nampak hanya dudukan.

Etiologi dari intoleransi aktivitas yaitu keluarga keluarga mengatakan jika pusing hanya istirahat dan tidak beraktivitas, Tn. Z nampak dudukan. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas kedua hasil skoring yaitu 3 2/3.

3. Ansietas (cemas)

Ansietas (cemas) adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon atau perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (NANDA, 2012. h, 42). Hasil pengkajian pada keluarga cemas terhadap penyakit Tn. Z tidak kunjung sembuh, keluarga nampak bingung dan takut tentang penyakit Tn. Z.

Etiologi dari diagnosa Ansietas yaitu keluarga mengatakan cemas terhadap penyakit Tn. Z tidak kunjung sembuh, keluarga nampak bingung dan takut tentang penyakit Tn. Z. Prioritas masalah dijadikan sebagai prioritas ketiga sesuai hasil skoring yaitu 2 2/3.

Sedangkan diagnosa yang tidak muncul yaitu :

- 1) Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung
- 2) Resiko cidera
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh
- 4) Defisiensi pengetahuan

Diagnosa diatas tidak dimunculkan karena saat pengkajian tidak ada data yang menunjang untuk menegakan diagnosa tersebut.

C. Intervensi

Tahap selanjutnya setelah memutuskan diagnosa keperawatan adalah melakukan perencanaan. Intervensi yang sudah disusun oleh penulis dengan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut

Intervensi untuk diagnosa Nyeri akut yaitu : beri penjelasan tentang merawat anggota keluarga yang sakit dengan teknik relaksasi progresif, kompres hangat bagian tengkuk, dan menghindari perubahan posisi secara mendadak. Dalam hal ini penulis melaksanakan intervensi yang telah dibuat untuk mengimplementasikannya.

2. Intoleransi aktivitas

Sesuai dengan (NIC-NOC hal 27) intervensi untuk diagnosa Intoleransi aktivitas yaitu : mengatur penggunaan energi untuk mencegah kelelahan, beri penjelasan gerakan tubuh pasif atau aktif untuk mempertahankan fleksibilitas sendi, membantu individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, memberikan terapi sebelum aktivitas mengurangi tingkat nyeri. Penulis tidak mencantumkan intervensi membantu individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena keterbatasan waktu.

3. Ansietas (cemas)

Sesuai dengan (NIC-NOC hal 42) intervensi untuk diagnosa Ansietas (cemas) yaitu : mempersiapkan pasien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan, meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien beradaptasi dengan stressor, memotivasi penanganan selama cemas. Tetapi penulis tidak mencantumkan intervensi mempersiapkan pasien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan karena keluarga tidak mengalami krisis perkembangan.

D. Implementasi

1. Nyeri akut

Pada tanggal 16-18 Maret 2016 dengan diagnosa ini implementasi yang dilakukan penulis yaitu memberikan penjelasan pada keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dengan teknik relaksasi progresif, mengompres hangat bagian tengkuk dan memberikan penjelasan untuk tidak merubah posisi secara mendadak. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu tidak mengikutsertakan keluarga dalam melaksanakan tindakan dikarenakan keluarga jarang berkumpul pada saat dilakukan tindakan.

2. Intoleransi aktivitas

Pada tanggal 16-18 Maret 2016 dengan diagnosa ini implementasi yang dilakukan penulis yaitu mengatur penggunaan energi untuk mencegah kelelahan, memberikan penjelasan gerakan tubuh pasif dan aktif untuk mempertahankan fleksibilitas sendi, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, membantu aktivitas sehari-hari, memberikan terapi sebelum aktivitas untuk mengurangi nyeri. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu membantu individu melakukan aktivitas sehari-hari karena keterbatasan waktu sehingga penulis dalam hal ini tidak bisa membantu aktivitas sehari-hari klien.

3. Ansietas

Pada tanggal 16-18 Maret 2016 dengan diagnosa ini implementasi yang dilakukan penulis yaitu mempersiapkan klien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien beradaptasi dengan stressor, memberikan penanganan selama cemas. Hambatan dalam mengimplementasikan intervensi yang sudah ada yaitu mempersiapkan klien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan karena klien dan keluarga tidak mengalami krisis perkembangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana yang baru sesuai intervensi. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan rumah ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap waktu dan kesediaan keluarga yang telah disepakati keluarga. Evaluasi yang digunakan yaitu evaluasi berjalan (formatif) yaitu evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan berprioritas pada masalah yang dialami klien. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP. Evaluasi yang penulis gunakan sudah sesuai teori yaitu menggunakan evaluasi formatif dengan menggunakan format SOAP. Hasil evaluasi adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Evaluasi pada tanggal 16 Maret 2016 pada diagnosa nyeri akut yaitu; S: Klien mengatakan masih pusing, O: klien tampak memegangi tengkuk, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah menjelaskan tentang merawat dengan teknik relaksasi progresif, kompres hangat bagian tengkuk, menghindari perpindahan secara mendadak. Tanggal 17 Maret hasil evaluasi; S: Klien sudah melakukan terapi yang dianjurkan dan sudah lumayan, O: Klien sudah jarang

memegangi tengkuk, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Motivasi terapi relaksasi progresif, kompres hangat, dan hindari perpindahan posisi mendadak. Tanggal 18 Maret 2016 hasil evaluasi; S: klien mengatakan pusing sudah jarang dengan terapi relaksasi progresif, O: jarang mengeluh pusing, A: masalah belum teratasi, P : lanjut intervensi. Motivasi terapi relaksasi progresif jika pusing, kompres hangat, dan hindari pindah posisi secara mendadak.

2. Intoleransi aktivitas

Evaluasi pada tanggal 16 Maret 2016 pada diagnosa intoleransi aktivitas yaitu; S: klien mengatakan jika pusing hanya istirahat, O :tampak hanya dudukan, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah mengatur penggunaan energi untuk mencegah kelelahan, motivasi untuk bergerak untuk menghindari kekakuan sendi, memberikan terapi sebelum aktivitas mengurangi tingkat nyeri. Tanggal 17 Maret 2016 hasil evaluasi; S: klien mengatakan masih sering dudukan jika pusing, O: tampak hanya istirahat dikursi, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Mengatur penggunaan energi mencegah kelelahan, motivasi untuk aktivitas untuk menghindari kekakuan sendi, memberikan terapi sebelum aktivitas mengurangi tingkat nyeri. Tanggal 18 Maret 2016 hasil evaluasi; S: klien mengatakan sudah lumayan untuk aktivitas, O:sudah tidak banyak istirahat, A: masalah belum teratasi, P: Lanjutkan intervensi. Mengatur penggunaan energi mencegah kelelahan, motivasi untuk aktivitas untuk menghindari kekakuan sendi, memberikan terapi sebelum aktivitas mengurangi tingkat nyeri.

3. Ansietas (cemas)

Evaluasi pada tanggal 16 Maret 2016 pada diagnosa ansietas (cemas) yaitu; S: keluarga mengatakan takut dengan penyakit klien karena tidak kunjung sembuh, O: nampak bingung cemas dan takut, A masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Rencana tindak lanjut untuk masalah ini adalah meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien

beradaptasi dengan stressor, memeberikan penanganan selama cemas. Tanggal 17 Maret 2016 hasil evaluasi; S: klien mengatakan kecemasan berkurang, O: nampak lebih tenang, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Meminimalkan kekhawatiran, meredakan kecemasan, membantu klien beradaptasi dengan stressor, memberikan penanganan selama cemas. Tanggal 18 Maret 2016 hasil evaluasi; S: klien dan keluarga mengatakan sudah tidak cemas, O: Klien dan keluarga sudah tenang, A: masalah teratasi, P: pertahankan kondisi. Rencana tindak lanjut dari masalah ini adalah memotivasi keluarga untuk tidak mencemaskan masalah tersebut selagi terapi-terapi yang diajarkan tetap dilakukan rutin.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis mempelajari kasus keluarga dengan hipertensi baik dari tinjauan teori maupun dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. Z dengan masalah utama hipertensi pada Tn. Z maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Dalam pengkajian Tn. Z mengalami hipertensi primer, pada saat pengkajian keluarga Tn. Z mengatakan bahwa pusing dibagian tengkuk, jika pusing tidak beraktivitas dan hanya istirahat, keluarga mengatakan cemas terhadap penyakit yang diderita karena tidak kunjung sembuh, dan belum mengetahui cara perawatan hipertensi yang benar.
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada Tn. Z (sesuai pathway) dapat penulis temukan semua. Sesuai dengan data tang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 3 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus Tn. , diagnosa tersebut antara lain : Nyeri Akut : pada keluarga Tn. Z khususnya pada Tn. Z, Intoleransi Aktivitas pada keluarga Tn. Z khususnya Tn. Z, dan Ansietas (cemas) pada keluarga Tn. Z khususnya Ny. K dan Keluarga, serta Ketidakmampuan mengenal masalah hipertensi pada keluarga Tn. Z khususnya Tn. Z dan Ny. K.
3. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi Tn. Z serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama.
4. Pelaksanaan keperawatan sangat bergantung pada sikap perawat dan ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama keperawatan keluarga. Kepercayaan klien terhadap perawat menimbulkan sikap kooperatif dalam menjalankan prosedur keperawatan. Namun, hal itu tidak semuanya mendukung keberhasilan dalam mengaplikasikan keperawatan profesional masih dipengaruhi oleh sumber dana dan sumber pendanaan

- yang ada, serta sikap dan kesadaran klien dan keluarga untuk patuh menjalani terapi.
5. Evaluasi yang telah diterapkan dalam teori tidak semuanya dapat dicapai dengan batasan waktu yang telah ditentukan, terutama tujuan yang memerlukan proses pencapaian yang cukup lama.
 6. Asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan keluarga dapat memecahkan masalah klien secara komprehensif baik masalah biopsiko, sosisal, spirirtual, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

B. Saran

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi hendaknya mahasiswa mempertahankan konsep dan teori yang ada.

2. Bagi Penulis

Dalam memberikan pendidikan terutama asuhan keperawatan keluarga dengan masalah utama hipertensi hendaknya berpedoman pada standar asuhan keperawatan yang sudah ada.

3. Bagi Institusi Pendidikan terutama Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Masalah Utama Hipertensi hendaknya Institusi tidak hanya terfokus pada teorinya saja tetapi perlu dengan studi kasus.

DAFTAR PUSTAKA

- Anies. (2006). *Trend disease*. Jakarta: Elex Media Computindo
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah*. Yogyakarta: DIVA Press
- Dinkes Kabupaten Pekalongan. 2015. *Data Penyakit Tidak Menular*
- Mubarrik, dkk. (2011). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2* ; konsep dan aplikasi. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin. (2009). *Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif & Kusuma. (2015). *Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : MediAction
- Setiadi. (2008). *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga*; edisi pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sudoyo, dkk. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. FakultaskedokteranUniversitasIndonesia:Jakarta
- Widyanto, Triwibowo. (2013). *Trend Disease*. CV.Trans Info Media: Jakarta
- Wilkinson, Judith. M. (2012). *Diagnosis keperawatan NANDA NIC-NOC edisi 9*. Jakarta : EGC