

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPOTENSI
DENGAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN
KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI DESA MUNENG KRATON
PASURUAN**



OLEH :

HIDE SAMPURNA

NIM : 1801064

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2021

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPOTENSI
DENGAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN
KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI DESA MUNENG KRATON
PASURUAN**

Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar

Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



OLEH :

HIDE SAMPURNA

NIM : 1801064

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO**

2021

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Hide Sampurna

NIM : 1801064

Tempat, tanggal lahir : Malang, 11 Agustus 2000

Institusi : Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPOTENSI DENGAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI DESA MUNENG KRATON PASURUAN**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali kutipan yang telah di sebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia mendapatkan sanksi.

Pasuruan, 28 Agustus 2021

Yang menyatakan



Hide Sampurna

Mengetahui

Pembimbing 1



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS

NIDN : 0731108603

Pembimbing 2



Bagus Dwi Cahyono, S.ST., M.Kes

NIDN : 3408067501

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Hide Sampurna

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPOTENSI
DENGAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
TIDAK EFEKTIF DI DESA MUNENG KRATON PASURUAN**

Telah disetujui untuk di ujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada tanggal 28 Agustus 2021

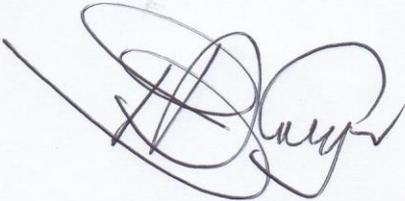
Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2


Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS

NIDN : 0731108603


Bagus Dwi Cahyono, S.ST., M.Kes

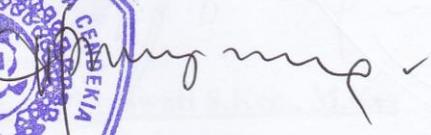
NIDN : 3408067501

Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Kampus Pasuruan




Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN : 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah di uji dan di setuju oleh tim penguji pada sidang di program D3
Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 28 Agustus 2021

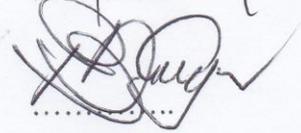
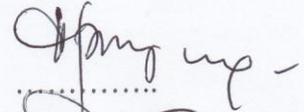
TIM PENGUJI

Ketua Penguji : 1. Agus Sulistyowati S.Kep., M.Kes

Penguji : 1. Bagus Dwi Cahyono, S.ST., M.Kes

2. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS

Tanda tangan



Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Kampus Pasuruan



Agus Sulistyowati S.Kep., M.Kes

NIDN : 0703087801

MOTTO

"Barangsiapa belajar sesuatu semata-mata karena Allah, mencari ilmu yang ada bersama-Nya, maka dia akan menang. Dan barangsiapa yang belajar sesuatu karena selain Allah, maka dia tidak akan mencapai tujuannya, juga pengetahuan yang diperolehnya tidak akan membawanya lebih dekat kepada Allah".

(Hasan al-Basri)

"Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(Q.S Al-Mujadilah: 11).

"Barang siapa yang mengikuti jalan untuk menuntut ilmu, maka Allah akan mempermudah jalannya menuju surga."

(H.R Muslim).

LEMBAR PERSEMBAHAN

Syukur Alhamdulillah senantiasa saya panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.

Isi pikiran yang tersampaikan dalam karya ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya (ayah dan ibu), terima kasih kalian selalu memberikan saya kekuatan dalam menjalani studi ini dan selalu mendoakan saya dalam segala hal urusan Dunia dan Akhirat saya.
2. Terima kasih kepada bapak ibu dosen yang selalu membimbing saya dalam penyelesaian tugas akhir dan masukan serta saran yang dapat membangun untuk penyelesaian tugas akhir saya.
3. Saudara – saudara saya seangkatan terima kasih kalian telah melalui hal yang sama dan kita bersama – sama menjalani studi, penyelesaian tugas akhir sehingga berada di titik ini semoga ilmu yang kita dapatkan selama kita menjalani studi ini menjadi ilmu yang berokah dan di ridhoi Allah SWT.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF PADA NY. M PENDERITA HIPOTENSI DI DESA MUNENG KRATON PASURUAN**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan proposal ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
2. Untuk ayah dan ibu yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan proposal karya tulis ilmiah ini.
3. **Ibu Agus Sulistyowati S.Kep., M.Kes** selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo kampus Pasuruan yang telah mengesahkan.
4. **Bagus Dwi Cahyono, SST.,M.Kes** selaku pembimbing 1 yang selalu bijaksana dalam memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, do'a, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan proposal karya tulis ilmiah ini.
5. **R.A. Helda Puspitasari, S.Kep.Ns., M.Kep** selaku pembimbing 2 yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan proposal karya tulis ilmiah ini.
6. Untuk selaku keluarga responden terimakasih atas kesediaan dan kerjasamanya yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini.

7. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya proposal karya tulis ilmiah ini tepat waktu, teman teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
8. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan proposal ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa proposal ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan proposal ini. Penulis berharap proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Pasuruan, Agustus 2021

DAFTAR ISI

Lembar Persetujuan	iv
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II Tinjauan Pustaka.....	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.2 Konsep Dasar Keluarga.....	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipotensi	22
2.4 Kerangka Masalah	43
BAB III Tinjauan Kasus.....	44
3.1 Data Umum.....	44
3.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	46
3.3 Data Lingkungan.....	47
3.4 Struktur Keluarga.....	48
3.5 Fungsi Keluarga	49
3.6 Stress dan Koping Keluarga	50
3.7 Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga	51

3.8 Harapan Keluarga	53
3.9 Analisa Data.....	53
3.10 Diagnosa Keperawatan	54
3.11 Skoring Prioritas Masalah Keluarga	55
3.12 Intervensi Keperawatan	57
3.13 Implementasi Keperawatan	58
3.14 Evaluasi Keperawatan.....	60
BAB IV Pembahasan	62
4.1 Pengkajian	62
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	62
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	63
4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	63
4.5 Evaluasi Keperawatan	64
BAB V Penutup	65
5.1 Kesimpulan	65
5.2 Saran	66
Daftar Pustaka.....	67

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan yang baik atau kesejahteraan merupakan suatu kondisi dimana tidak hanya terbebas dari penyakit. Sehat merupakan sebuah keadaan yang dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan lingkungan yang ada di lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan dan spiritual yang sehat. Sedangkan Sakit adalah suatu proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya (Potter dan Perry, 2005).

Kenyamanan sebagai suatu keadaan yang telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan rentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri) (Perry dan Potter, 2006).

Hipotensi merupakan tekanan darah yang rendah sehingga tidak mencukupi untuk perfusi dan oksigenasi adekuat. Hipotensi ortostatik adalah penurunan tekanan darah tiba-tiba saat mengubah posisi dengan cepat dari berbaring menjadi duduk. Gejala yang timbul salah satunya yaitu pusing atau nyeri kepala yang menimbulkan rasa ketidaknyamanan (Chris, 2006).

Jantung adalah pompa hidup yang bekerja sepanjang hidup kita, tanpa lelah jantung berkontraksi untuk mendorong darah mengedari tubuh sekitar 60 sampai 70 kali permenit, 10.000 kali perhari, dan lebih dari satu milyar kali sepanjang hidup seseorang, jadi jantung merupakan pokok dan paling penting bagi tubuh (Welker, 2008).

Darah dipompakan ke jantung keseluruhan tubuh oleh jantung. Jantung merupakan sistem pembuluh darah yang luas untuk memastikan darah menjangkau dari ujung kepala hingga ujung kaki. Tekanan darah merupakan tekanan yang didesakkan dengan mensirkulasi darah pada dinding pembuluh darah, dan merupakan salah satu tanda-tanda vital yang prinsipil. Hipotensi (tekanan darah rendah) adalah suatu keadaan di mana tekanan darah lebih rendah dari 90/60 mmHg atau tekanan darah cukup rendah (Ramadhan, 2010).

Prevalensi hipotensi yang ditemukannya itu pada tahun 2012 penyakit hipotensi menduduki peringkat yang ke 16 dari kategori 20 jenis penyakit terbesar pasien rawatjalan di pukesmas Gondangrejo, Karanganyar, Jawatengah (Puskesmas Gondangrejo, 2013).

Keluarga merupakan bagian dari manusia yang setiap hari selalu berhubungan dengan kita. Menurut Friedman (1998), keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterkaitan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Indonesia merupakan salah satu negara yang menjunjung tinggi adat ketimuran yang menekankan bahwa keluarga harus dibentuk atas dasar perkawinan, seperti yang tertulis dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 tahun 1994 bahwa keluarga dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah (Suprajitno, 2004).

Keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara yaitu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yaitu dengan melihat perubahan kesehatan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Tugas selanjutnya dapat memutuskan tindakan yang tepat merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga dan diharapkan masalah kesehatan dapat berkurang atau bahkan teratasi, pada tugas yang selanjutnya yaitu dapat merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Sehingga keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan

atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Selain merawat yang sakit lingkungan juga perlu untuk dimodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga dengan memelihara lingkungan yang bersih dan sehat agar tidak terjadi masalah kesehatan yang baru atau lebih parah, kemudian selain menjaga lingkungan keluarga juga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga dengan memeriksakan kesehatan keluarga ketempat layanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit maupun klinik untuk mendeteksi dini masalah kesehatan keluarga (Suprajitno, 2004).

Berdasarkan studi kasus di Perum Kraton Harmoni pada tanggal Juli 2021 diperoleh data bahwa Ny.M pada keluarga Tn.H mengeluh nyeri saat setelah berdiri dan duduk terlalu lama. Ny.M tampak lemas dengan tekanan darah 120/80 mmHg, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga pada Ny.M dengan hipotensi pada keluarga Tn.H di desa Muneng Kecamatan Kraton Kabupaten Pasuruan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. M dengan Hipotensi pada Keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan?

1.3 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. M dengan Hipotensi pada Keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan

1.1.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada Ny. M dengan hipotensi pada keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada Ny. M dengan hipotensi pada keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan

- c. Menggambarkan intervensi keperawatan pada Ny. M dengan hipotensi pada keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan
- d. Menggambarkan implementasi keperawatan pada Ny. M dengan hipotensi pada keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan
- e. Menggambarkan evaluasi keperawatan pada Ny. M dengan hipotensi pada keluarga Tn. H di Desa Muneng Kraton Pasuruan

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat menjadi rujukan, bahan pembelajaran dan memberikan ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan keluarga dengan kasus Hipotensi.

2) Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadikan masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan dan menambah pengetahuan seiring berjalannya zaman dengan kasus Hipotensi.

3) Bagi Responden

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi tambahan ilmu serta wawasan bagi responden.

4) Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi peningkatan kualitas asuhan keperawatan dan untuk pengembangan profesi keperawatan.

5) Bagi Peneliti

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi rujukan, sumber informasi dan bahan referensi penelitian selanjutnya agar bisa lebih dikembangkan dalam materi-materi yang lain untuk meningkatkan kualitas pembelajaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Hipotensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah rendah dari 90/60 mmHg sehingga menyebabkan keluhan. Namun jika tidak terjadi keluhan dapat dikategorikan kondisi normal. Sedangkan tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi dan disebut tekanan sistolik. Tekanan diastolik adalah tekanan darah rendah yang terjadi saat ventricle beristirahat dan mengisi ruangnya. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik (Oxford, 2003).

Hipotensi atau tekanan darah rendah adalah suatu keadaan dimana tekanan darah rendah dari nilai 90/60 mmHg tekanan darah cukup rendah, sehingga menyebabkan gejala-gejala seperti pusing dan pingsan (A.J. Ramadhan, 2010).

Tekanan darah rendah adalah tekanan darah diastolik yang kurang dari 60 mmHg atau tekanan darah systolic yang kurang dari 90 mmHg. Ciri-ciri darah rendah adalah sesak napas, nyeri dada, sakit kepala, diare berkepanjangan, gangguan pencernaan, dsb. Penyebab darah rendah adalah sebagai berikut : Kekurangan volume darah, pelebaran pembuluh darah, anemia, masalah jantung perubahan hormon dsb. (Andri Wang, 2014).

2.1.2 Etiologi

Banyak orang memiliki tekanan darah sistolik di bawah 100, tetapi beberapa orang mengalami gejala dengan tekanan yang rendah. Gejala tekanan darah rendah terjadi karena satu atau lebih dari organ tubuh

tidak mendapatkan pasokan darah yang cukup. (Benjamin C. Wedro, MD, FAAEM 2015).

Jika tekanan darah rendah menyebabkan gejala klinis, penyebabnya akan berada di salah satu dari tiga kategori umum. Entah jantung tidak memompa dengan tekanan yang cukup, dinding arteri terlalu melebar, atau tidak ada cukup cairan intravaskular (pembuluh intra = dalam + vaskular = darah) dalam sistem (Benjamin C. Wedro, MD, FAAEM 2015).

1. Jantung

Jantung adalah pompa listrik. Masalah dengan baik pompa atau listrik dapat menyebabkan masalah dengan tekanan darah rendah.

Jika jantung berdetak terlalu cepat, tekanan darah bisa turun karena tidak ada cukup waktu bagi jantung untuk mengisi di antara setiap denyut (diastole). Jika jantung berdetak terlalu lambat, mungkin ada terlalu banyak waktu yang dihabiskan di diastol ketika darah tidak mengalir.

Jika otot jantung telah rusak atau jengkel, mungkin tidak ada cukup kekuatan memompa untuk mempertahankan tekanan darah. Dalam serangan jantung (infark miokard), otot jantung cukup mungkin akan terkejut sehingga jantung terlalu lemah untuk memompa secara efektif.

Katup jantung memungkinkan darah mengalir hanya satu arah. Jika katup gagal, darah dapat memuntahkan mundur, meminimalkan jumlah yang akan mengalir ke tubuh. Jika katup menjadi menyempit (stenosis), maka aliran darah dapat menurun. Kedua situasi dapat menyebabkan hipotensi.

2. Cairan intravascular

Ruang cairan di dalam pembuluh darah terdiri dari sel-sel darah dan serum (air , faktor pembekuan , bahan kimia , dan elektrolit)

a. Dehidrasi , hilangnya air , mengurangi total volume dalam ruang intravaskular (dalam pembuluh darah) . Hal ini dapat dilihat pada penyakit dengan peningkatan kehilangan air . Muntah dan diare adalah tanda-tanda kehilangan air .

1) Pasien dengan pneumonia atau infeksi saluran kemih , terutama orang tua , rentan terhadap dehidrasi

2) Korban kebakaran bisa kehilangan sejumlah besar cairan dari luka bakar mereka .

b. Perdarahan mengurangi jumlah sel darah merah dalam aliran darah dan menyebabkan penurunan jumlah cairan di ruang intravaskular dan tekanan darah rendah.

2.1.3 Patofisiologi

Tekanan pada perubahan posisi tubuh misalnya dari tidur ke berdiri maka tekanan darah bagian atas tubuh akan menurun karena pengaruh gravitasi. Pada orang dewasa normal, tekanan darah arteri rata-rata pada kaki adalah 180-200 mmHg. Tekanan darah arteri setinggi kepala adalah 60-75 mmHg dan tekanan venanya 0. Pada dasarnya, darah akan mengumpul pada pembuluh kapasitas vena ekstremitas inferior 650 hingga 750 ml darah akan terlokalisir pada satu tempat. Pengisian atrium kanan jantung akan berkurang, dengan sendirinya curah jantung juga berkurang sehingga pada posisi berdiri akan terjadi penurunan sementara tekanan darah sistolik hingga 25 mmHg, sedang tekanan diastolic tidak berubah atau meningkat ringan hingga 10 mmHg (Andhini Alfiani Putri F, 2012).

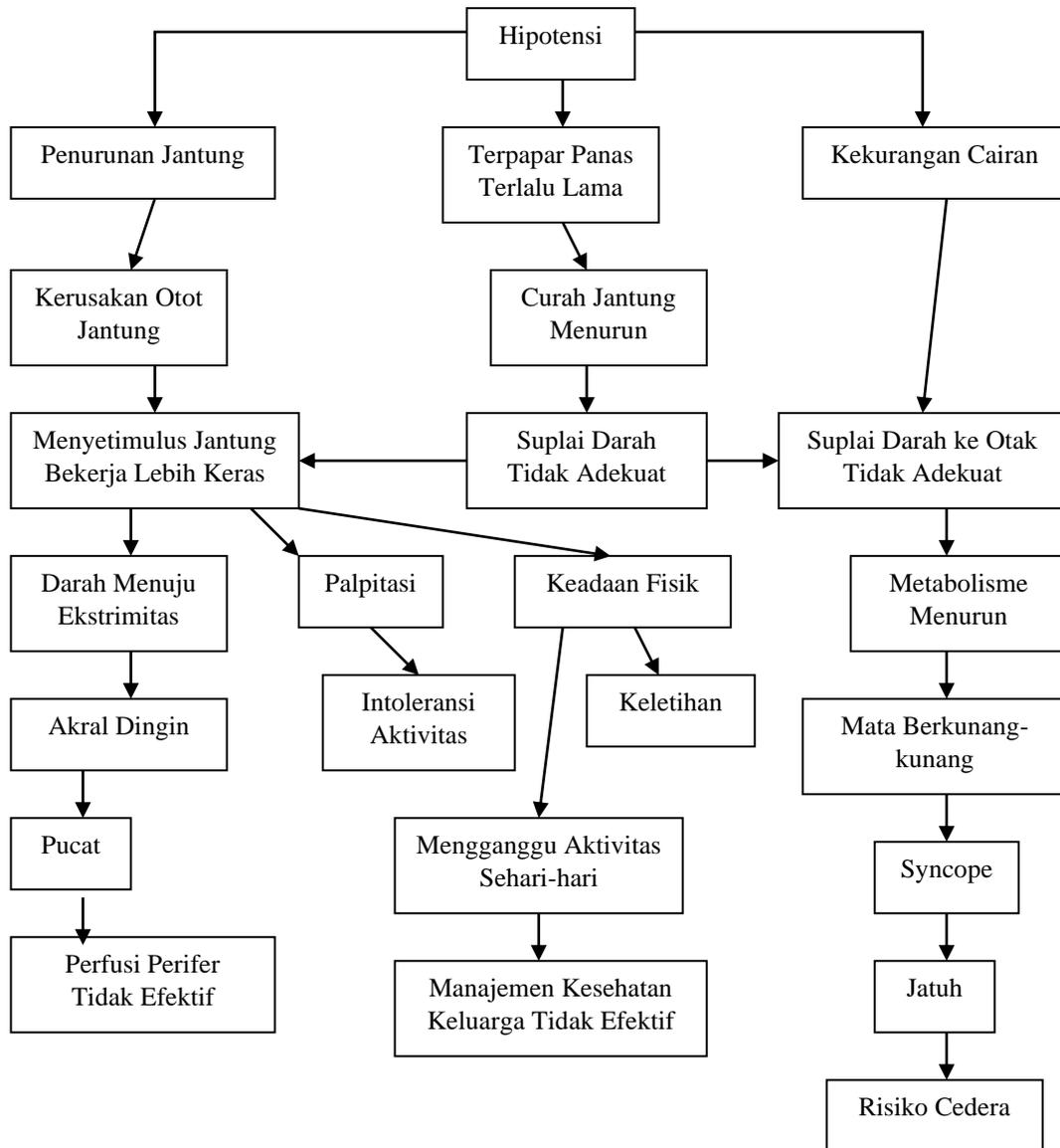
Penurunan curah jantung akibat pengumpulan darah pada anggota tubuh bagian bawah akan cenderung mengurangi darah ke otak. Tekanan arteri kepala akan turun mencapai 20-30 mmHg. Penurunan tekanan ini akan diikuti kenaikan tekanan parsial CO₂ (pCO₂) dan penurunan tekanan parsial O₂ (pCO₂) serta pH jaringan otak (Andhini Alfiani Putri F, 2012).

Secara reflektoris, hal ini akan merangsang baroreseptor yang terdapat didalam dinding dan hamper setiap arteri besar didaerah dada dan leher, namun dalam jumlah banyak didapatkan dalam dinding arteri karotis interna, sedikit di atas bifurcation carotis, daerah yang dikenal sebagai sinus karotikus dan dinding arkus aorta. Respon yang ditimbulkan baroreseptor berupa peningkatan tahanan pembuluh darah perifer, peningkatan tekanan jaringan pada otot kaki dan abdomen, peningkatan frekuensi respirasi, kenaikan frekuensi denyut jantung serta sekresi zat-zat vasoaktif. Sekresi zat vasoaktif berupa katekolamin, pengaktifan system Renin-Angiostensin Aldosteron, pelepasan ADH dan neurohipofisis. Kegagalan fungsi reflex autonomy inilah yang menjadi penyebab timbulnya hipotensi ortostatik, selain oleh factor penurunan curah jantung akibat berbagai sebab dan kontraksi volume intravascular baik yang relative maupun absolute. Tingginya kasus hipotensi ortostatik pada usia lanjut berkaitan dengan : (Andhini Alfiani Putri F, 2012).

a. Penurunan sensitivitas baroreseptor yang diakibatkan oleh proses atheroskleosis sekitar sinus karotikus dan arkus aorta, hal ini akan menyebabkan tak berfungsinya reflex vasokonstriksi dan peningkatan frekuensi denyut jantung sehingga mengakibatkan kegagalan pemeliharaan tekanan arteri sistemik saat berdiri.

b. Menurunnya daya elastisitas serta kekuatan otot eksremitas inferior.

2.1.4 Pathway



2.1.5 Manifestasi Klinis

Terhadap beberapa manifestasi dari beberapa Hipotensi :

1. Hipotensi, (Alo, 2014)

Jantung berdebar kencang dan tidak teratur, pusing, lemas, mual, pingsan, pandangan buram dan kehilangan keseimbangan

2. Hipotensi Interdialisis, asympomatik hingga syok (Burton Etal, 2009)

Perasaan tidak nyaman pada perut, mual, muntah, menguap, otot terasa kram, gelisah, pusing kecemasan.

3. Hipotensi Ortostatik, (Jeffrey B. Lanier,dkk, 2014)

Pusing hingga pingsan.

2.1.6 KOMPLIKASI

1. Pingsan : hipotensi yang menyebabkan tidak cukupnya darah yang mengalir ke otak, sel-sel otak tidak menerima cukup oksigen dan nutrisi-nutrisi. Sehingga mengakibatkan pening bahkan pingsan.

2. Stroke : hipotensi yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan oksigen yang menuju otak sehingga mengakibatkan kerusakan otak. Sehingga menimbulkan kematian pada jaringan otak karena arteri otak tersumbat (infark serebral) atau arteri pecah (pendarahan).

3. Anemia : hipotensi pada tekanan darah 90/80 menyebabkan produksi sel darah merah yang minimal atau produksi sel darah merah yang rendah sehingga mengakibatkan anemia.

4. Serangan jantung : hipotensi yang mengakibatkan kurangnya tekanan darah yang tidak cukup untuk menyerahkan dara ke arter-arteri koroner (arteri yang menyuplai darah ke otot jantung) sehingga menyebabkan nyeri dada yang mengakibatkan serangan jantung.

5. Gangguan ginjal : ketika darah yang tidak cukup dialirkan ke ginjal ginjal, ginjal-ginjal akan gagal untuk mengeliminasi pembuangan pembuangan dari tubuh yaitu urea, dan creatin, dan peningkatan pada tingkat-tingkat hasil eliminasi didarah terjadi (contohnya : kenaikan dari blood urea nitrogen atau BUN,dan serum keratin.
6. Shock : tekanan darah yang rendah memacu jantung untuk memompa darah lebihbanyak, kondisi tersebut yang mengancam nyawa dimana tekanan darah yang gigih menyebabkan organ-organ seperti ginjal , hati, jantung, dan otak untuk secara cepat.

2.1.7 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan jika gejala-gejala hipotensi terus menerus berulang namun sulit untuk mendokumentasikan kelainan-kelainan dalam pembacaan tekanan darah. Tes mungkin berguna dalam membedakan hipotensi ortostatik dari gangguan lain yang hadir dengan gejala orthostasis,seperti sinkop neurocardiogenic dan juga mengevaluasi bagaiman tubuh bereaksi terhadap perubahan posisi.

Langkah-langkah yang dilakukan saat dilakukan pemeriksaan :

1. Tes ini dilakukan diruangan yang tenang dengan suhu 680F hingga 750F(200C sampai 240C).
2. Pasien harus beristirahat sementara terlentang selama lima menit sebelum tes dimulai.
3. Sewaktu tes pasien diikat diatas meja yang rata,kemudian meja secara berangsur-angsur dimiringkan kesudut 70/80 derajat,pembacaan tekanan darah dan denyut jantung terus menerus diambil.
4. Pasien dibiarkan diatas meja selama lebih dari 10 menit untuk mencari perubahan-perubahan orthostatic tachycardia syndrome.

Tes ini dianggap positif jika tekanan darah sistolik turun 20mmHg bawah dasar atau jika tekanan darah diastolik turun 10mmHg bawah

baseline. Jika gejala terjadi selama pengujian, pasien harus dikembalikan ke posisi terlentang segera.

2.1.8 PENATALAKSANAAN

Perawatan untuk penderita hipotensi tergantung penyebabnya yaitu :

1. Hipotensi Kronik

Hipotensi kronik jarang terdeteksi dari gejala. Hipotensi yang tak bergejala pada orang-orang sehat biasanya tak memerlukan perawatan. Dalam mengatasi hipotensi berdasarkan penyebabnya yaitu dengan mengurangi atau menghilangkan gejalanya.

a. Jika keluhan dirasakan klien saat keadaan diare terjadi, maka klien dianjurkan untuk pemulihan kepada kebutuhan cairannya, yang mempengaruhi atau mengurangi volume darah, mengakibatkan menurunnya tekanan darah.

b. Kecelakaan atau luka yang menyebabkan pendarahan, akan mengakibatkan kurangnya volume darah dan menurunkan aliran darah, untuk itu yang dibutuhkan oleh penderita adalah transfusi darah sesuai dengan yang dibutuhkan.

c. Adanya kelainan jantung bawaan seperti kelainan katup, maka penderita harus menjalani operasi jantung sesuai indikasi dokter, ataupun menjalani pengobatan yang intensif untuk tidak memperburuk keadaan penderitanya.

2. Hipotensi Ringan

Cara lain untuk mengatasi hipotensi, yaitu Menambahkan elektrolit. Penambahan elektrolit untuk diet dapat meringankan gejala dari hipotensi ringan.

a. Minum kopi. Dosis kafein dipagi dapat memberikan efek karena kafein dapat memacu jantung untuk bekerja lebih cepat

b. Pemberian posisi trendelenburg. Pada kasus hipotensi rendah dimana pasien masih merespon dengan meletakkan posisi kaki lebih tinggi dari pada punggung (posisi trendelenburg.) posisi itu akan meningkatkan aliran balik vena, sehingga membuat banyak darah memenuhi organ organ yang membutuhkan seperti bagian dada dan kepala.

c. Klien yang sedang mengalami hipotensi, diharuskan banyak istirahat, dan membatasi aktifitas fisiknya selama keadaan ini.

d. Klien dengan hipotensi harus membiasakan diri untuk mempunyai pola makan yang teratur dan mempunyai makanan pelengkap , seperti susu untuk meningkatkan stamina. Karena pada umumnya penderita hipotensi cukup lemah dan mudah lelah.

e. Jika diperlukan misalnya pada klien dengan anemia maka klien harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi ataupun suplemen zat besi untuk meningkatkan sel-sel darah merah darah yang menambah volume darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah penderita.

f. Penderita hipotensi dianjurkan untuk rajin berolahraga ringan, misal jogging, untuk melatih kerja jantung secara teratur, dan melancarkan aliran darah keseluruh tubuh.

3. Hipotensi Simtomatik :

Hipotensi postural simtomatik dapat ditangani dengan mengatur posisi tidur pasien dengan kepala lebih tinggi. Fludrokortison, suatu mineralokortikoid dapat juga berguna tapi banyak pasien tidak mempunyai respon yang baik terhadap obat ini dan obat obatan yang lain yang telah dicoba seperti indometasin Penanganan hipotensi yang dilakukan sendiri (lionel ginsberg, 2005).

a. Perbanyak asupan cairan terutama air minum.

- b. Tambahkan lebih banyak garam pada makanan, kecuali sudah konsisi lain yang tidak memperbolehkannya.
- c. Terarur berolahraga untuk membuat kondisi jantung dan pembuluh darah menjadi lebih sehat .
- d. Berhenti merokok dan jauhi asap rokok orang lain (Dr. Indra k. Muhtadi,2013)

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Friedman (2016) mendefinisikan keluarga sebagai kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Pengertian keluarga yang lain sebagaimana dinyatakan oleh Suprajitno (2014) yaitu suatu ikatan/ persekutuan hidup atas dasar perkawinan antar orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi yang tinggal dalam sebuah rumah tangga. Sementara itu Effendi (2014) mendefinisikan keluarga sebagai perkumpulan dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Berdasarkan ketiga pengertian tersebut diambil kesimpulan (Suprajitno, 2014) bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas dua orang atau lebih yang tinggal disuatu tempat atau rumah dan berinteraksi satu sama lain, mempunyai perannya masing-masing dan mempertahankan suatu kebudayaan.

Maka untuk itu Indonesia merupakan salah satu negara yang menjunjung tinggi adat ketimuran yang menekankan bahwa keluarga harus dibentuk atas dasar perkawinan, seperti yang tertulis dalam peraturan pemerintah (PP) No. 21 tahun 1994 bahwa keluarga dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah.

2.2.2 Pengertian Keperawatan Kesehatan Keluarga

Merupakan tingkat keperawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan pada keluarga sebagai unit / satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sehingga tujuannya dan melalui perawatan sebagai sarannya (Maglaya, 2008).

2.2.3 Tipe - Tipe Keluarga

Tipe – tipe keluarga menurut Suprajinto (2004) adalah sebagai berikut:

2.2.3.1 Keluarga inti (Nuclear family) adalah suatu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.

2.2.3.2 Keluarga besar (Exstended family) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, atau bibi.

2.2.3.3 Keluarga bentukan kembali (Dyadic family) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah bercerai atau kehilangan pasangannya

2.2.3.4 Orang tua tunggal (single parent family) yaitu keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anaknya akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

2.2.3.5 Ibu dengan anak tanpa perkawinan yang sah (the unmarried teenage mother)

2.2.3.6 Orang dewasa laki-laki atau perempuan yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (the single adult living alone)

2.2.3.7 Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (the non marital heterosecual cohabiting family)

2.2.3.8 Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (gay and lesbian family).

2.2.4 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Bukan hanya individu saja yang memiliki tahap perkembangan, keluargapun memiliki tahap perkembangan dengan berbagai tugas perkembangan masing-masing. Tahap dan tugas perkembangan itu menurut Suprajitno (2004) antara lain:

2.2.4.1 Tahap perkembangan keluarga baru menikah

- 1) Tugas ini dimulai dengan membina hubungan intim yang memuaskan pasangannya
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan keluarga sosial.
- 3) Membina rencana memiliki anak

2.2.4.2 Keluarga dengan anak baru lahir

- 1) Dimulai dengan mempersiapkan menjadi orang tua
- 2) Adaptasi dengan perubahan adanya anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan
- 3) Mempertahankan hubungan dalam rangka memuaskan pasangannya

2.2.4.3 Keluarga dengan anak usia pra sekolah

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, misal kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman
- 2) Membantu anak untuk bersosialisasi

- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain yang lebih tua juga harus terpenuhi,
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam maupun diluar keluarga
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
- 6) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu untuk menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 8) Keluarga dengan anak usia sekolah.
- 9) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas
- 10) Mempertahankan keintiman pasangan
- 11) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

2.2.4.4 Keluarga dengan anak remaja.

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat anak remaja adalah sorang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi
- 2) Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, hindarkan terjadinya perdebatan kecurigaan dan permusuhan
- 4) Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan (anggota) keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

2.2.4.5 Keluarga mulai melepaskan anak sebagai dewasa

- 1) Memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjelaskan keluarga besar
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan
- 3) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
- 4) Penataan kembali peran orang tua dan kegiatan dirumah.

2.2.4.6 Keluarga dengan usia pertengahan.

- 1) Mempertahankan kesehatan individu dan pasangan usia pertengahan
- 2) Mempertahankan hubungan yang serasi dan memuaskan dengan anak-anaknya dan sebaya
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.

2.2.4.7 Keluarga usia tua.

- 1) Mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan pasangan
- 2) Adaptasi dengan perubahan yang akan terjadi, kehilangan pasangan, kekuatan fisik dan penghasilan keluarga
- 3) Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat
- 4) Melakukan life review masa lalu.

2.2.5 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat menurut Suprajino (2004), antara lain:

2.2.5.1 Struktur peran keluarga

Menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal

2.2.5.2 Nilai dan norma keluarga

Menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan

2.2.5.3 Pola komunikasi keluarga

Menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu, orang tua dengan anak, anak dengan anak dan anggota keluarga lain dengan keluarga inti.

2.2.5.4 Struktur kekuatan keluarga

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

2.2.6 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2016) adalah sebagai berikut:

2.2.6.1 Fungsi afektif

Adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2.2.6.2 Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

2.2.6.3 Fungsi reproduksi

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

2.2.6.4 Fungsi ekonomi

Adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2.2.6.5 Fungsi pemeriharaan kesehatan

Adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi

2.2.7 Lima Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut Suprajitno (2004), keluarga mempunyai 5 tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan antara lain:

2.2.7.1 Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan pada keluarga salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan.

2.2.7.2 Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan teratasi. Ketidaksanggupan keluarga mengambil keputusan dalam

melakukan tindakan yang tepat, disebabkan karena keluarga tidak memahami mengenai sifat, berat dan luasnya masalah serta tidak merasakan menonjolnya masalah.

2.2.7.3 Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Keluarga dapat mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dikarenakan tidak mengetahui cara perawatan pada penyakitnya. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan.

2.2.7.4 Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Pemeliharaan lingkungan yang baik akan meningkatkan kesehatan keluarga dan membantu penyembuhan. Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan bisa disebabkan karena terbatasnya sumber-sumber keluarga diantaranya keuangan, kondisi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat.

2.2.7.5 Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga

Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan akan membantu anggota keluarga yang sakit memperoleh pertolongan dan mendapat perawatan segera agar masalah teratasi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipotensi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam

mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

2.3.1.1 Identitas Klien

Pengkajian yang dilakukan pada pasien dewasa penderita Hipotensi dengan masalah keperawatan kurangnya informasi yang adekuat tentang program pengobatan (Muttaqin, 2012) adalah:

1) Jenis Kelamin

Komposisi antara laki-laki dan perempuan terhadap penyerangan infeksi virus Hipotensi hampir sama. Pada perokok aktif kasusnya lebih banyak terjadi dibanding dengan yang tidak merokok.

2) Umur

Hipotensi dapat menyerang segala usia.

3) Alamat

Lingkungan dengan penderita Hipotensi yang cukup banyak dapat memicu penyebaran infeksi dan kualitas kebersihan lingkungan yang buruk juga dapat menjadi faktor penularan Hipotensi.

4) Pekerjaan

Penderita Hipotensi sering dijumpai pada orang yang golongan ekonominya menengah kebawah. Dan juga berhubungan dengan jenis pekerjaan yang berada di lingkungan yang banyak terpajan polusi udara setiap harinya. Polusi udara dapat menurunkan efektivitas kerja paru dan menurunkan sistem imunitas tubuh.

2.3.1.2 Keluhan Utama

Keluhan yang sering muncul antara lain:

- 1) Demam : subfebris, febris (40-41oC) hilang timbul.

- 2) Batuk : Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus batuk ini terjadi untuk membuang / mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari batuk kering sampai dengan atuk purulent (menghasilkan sputum).
- 3) Sesak nafas : Bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru-paru.
- 4) Keringat malam.
- 5) Nyeri dada : Jarang ditemukan, nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.
- 6) Malaise : Ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, keringat malam.
- 7) Sianosis, sesak nafas, kolaps: merupakan gejala atelektasis. Bagian dada pasien tidak bergerak pada saat bernafas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada foto toraks, pada sisi yang sakit nampak bayangan hitam dan diafragma menonjol keatas.
- 8) Perlu ditanyakan dengan siapa pasien tinggal, karena biasanya penyakit ini muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular.

2.3.1.3 Riwayat Penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang meliputi keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Dengan adanya sesak nafas, batuk, nyeri dada, keringat malam, nafsu makan menurun, dan suhu badan meningkat mendorong penderita untuk melakukan pengobatan.

2.3.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Keadaan atau penyakit yang pernah diderita oleh penderita yang mungkin sehubungan dengan Hipotensi antara lain ISPA efusi pleura serta Hipotensi yang kembali aktif, selain itu bisa juga karena:

- 1) Pernah sakit batuk yang lama dan tidak sembuh-sembuh
- 2) Pernah berobat tetapi tidak sembuh
- 3) Pernah berobat tetapi tidak teratur
- 4) Riwayat kontak dengan penderita Hipotensi
- 5) Daya tahan tubuh yang menurun
- 6) Riwayat vaksinasi yang tidak teratur
- 7) Riwayat putus OAT.

2.3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga Sekarang

Keluarga biasanya pada keluarga pasien ditemukan ada yang menderita Hipotensi. Biasanya ada keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Militus, Jantung dan lainnya.

2.3.1.6 Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

- 1) Kapan pasien mendapatkan pengobatan sebelumnya dengan sakitnya.
- 2) Jenis, warna, dan dosis obat yang diminum.
- 3) Berapa lama pasien menjalani pengobatan sehubungan dengan penyakitnya.
- 4) Kapan pasien mendapatkan pengobatan terakhir.

2.3.1.7 Riwayat Psikososial

Riwayat psikososial lebih sering terjadi pada penderita yang ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi kesehatan yang kurang

ditunjang dengan padatnya penduduk dan pernah punya riwayat kontak dengan penderita Hipotensi yang lain.

1) Persepsi dan harapan klien terhadap masalahnya

Perlu dikaji tentang pasien terhadap penyakitnya. Persepsi yang salah dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien.

2) Pola interaksi dan komunikasi

Gejala Hipotensi sangat membatasi pasien untuk menjalankan kehidupannya secara normal. Pasien perlu menyesuaikan kondisinya berhubungan dengan orang lain.

3) Pola nilai dan kepercayaan

Kedekatan pasien pada sesuatu yang diyakini di dunia dipercaya dapat meningkatkan kekuatan jiwa pasien. Keyakinan pasien terhadap Tuhan Yang Maha Esa serta pendekatan diri pada-Nya merupakan metode penanggulangan stres yang konstruktif.

2.3.1.8 Pola Kesehatan Sehari hari

Tabel 2.1 Pola Kesehatan Sehari-hari

Pola-pola	Saat sakit
a. Nutrisi	Pada klien dengan Hipotensi biasanya mengeluh anoreksia, nafsu makan menurun. Perlu dikaji tentang status nutrisi pasien meliputi: jumlah, frekuensi, dan kesulitan-kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya.
b. Eliminasi	Penderita Hipotensi dilarang menahan buang air kecil dan buang air besar, kebiasaan menahan buang air kecil dan buang air besar akan menyebabkan feses menghasilkan radikal bebas dan bersifat meracuni tubuh, menyebabkan sembelit, dan semakin mempersulit pernafasan.
c. Istirahat	Dengan adanya sesak nafas dan nyeri dada pada penderita Hipotensi mengakibatkan terganggunya kenyamanan tidur dan istirahat.
d. Personal Hygien	Perlu dikaji personal hygien pada pasien yang mengalami Hipotensi. Terkadang ada hambatan dalam personal hygien.
e. Aktivitas	Perlu dikaji tentang aktivitas keseharian pasien seperti pekerjaan, dan aktivitas lainnya. Dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri dada akan mempengaruhi menurunnya toleransi tubuh terhadap aktivitas.

Sumber: Asmadi, (2008)

2.3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Tampilan, sistress nyata, tingkat kesadaran: tanda-tanda vital antara lain suhu: warna aksesorius, pernapasan: suara paru (LeMone, Atal, 2016). Pemeriksaan fisik dengan pendekatan persistem dimulai dari kepala sampai ujung kaki dapat lebih mudah. Dalam melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan rasional. Teknik pemeriksaan fisik perlu modalitas dasar yang digunakan meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Mutaqqin, 2010)

1) Keadaan umum klien

Yaitu penampilan klien dimulai pada saat mempersiapkan klien untuk pemeriksaan.

2) Kesadaran

Merupakan ukuran kesadaran dan juga respon seseorang terhadap rangsangan lingkungan. Dalam pemeriksaan kesadaran dikenal dengan istilah GCS atau Glaslow Coma Scale

3) Pemeriksaan kepala dan muka

Simetris, tidak ada nyeri tekan, warna rambut hitam atau putih, tidak ada lesi.

4) Pemeriksaan telinga

Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ada serumen atau tidak.

5) Pemeriksaan mata

Simetris, konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

6) Pemeriksaan hidung

Simetris, terdapat rambut hidung, terdapat kotoran atau tidak, tidak ada nyeri tekan .

7) Pemeriksaan mulut dan faring

Mukosa bibir lembab, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi

8) Pemeriksaan leher

Simetris, ada pembesaran vena jugularis atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

9) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Ketiak tumbuh rambut atau tidak, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, payudara simetris.

10) Pemeriksaan thorax

(1) Pemeriksaan paru

1. Inspeksi

Batuk produktif/non produktif, terdapat sputum yang kental dan sulit dikeluarkan, bernafas dengan menggunakan otot-otot tambahan, sianosis. Mekanika bernafas, pernafasan cuping hidung, menggunakan oksigen, dan sulit bicara karena sesak nafas.

2. Palpasi

Bernafas dengan menggunakan otot-otot tambahan. Takikardi akan timbul di awal serangan, kemudian diikuti sianosis sentral.

3. Perkusi

Lapang paru yang hipersonor pada perkusi (Kowalak, Welsh, dan Mayer, 2012)

4. Auskultasi

Pada saat ekspirasi terdengar suara gaduh yang dalam (ronkhi), disebabkan gerakan udara yang melewati jalan napas

menyempit akibat obstruksi napas (sumbatan akibat oedem, tumor, atau sekresi)

(2) Pemeriksaan jantung

1. Inspeksi : ictus cordis tidak tampak
2. Palpasi: ictus cordis terletak di ICS V mid klavikula kiri
3. Auskultasi BJ 1 dan BJ 2 terdengar tunggal.
4. Perkusi : suara pekak

11) Pemeriksaan abdomen.

(1) Inspeksi

Pada inspeksi perlu disimak apakah abdomen membusung atau membuncit atau datar saja, tepi perut menonjol atau tidak, umbilicus menonjol atau tidak, amati apakah ada bayangan vena, amati juga apakah didaerah abdomen tampak benjolan-benjolan massa.

(2) Auskultasi

Mendengar suara peristaltic usu, normal berkisar 5-35 kali/menit: bunyi peristaltic yang keras dan panjang ditemui pada gastroenteritis atau obstruksi usus pada tahap awal. Peristaltic yang berkurang ditemui pada ileus paralitik. Apabila setelah 5 menit tidak terdengar suara peristaltic maka akan kita lakukan peristaltic negative (pada pasien post operasi).

(3) Palpasi

Sebelum dilakukan palpasi tanyakan terlebih dahulu kepada pasien adakah daerah yang nyeri apabila ada maka harus di palpasi terakhir, palpasi umum terhadap keseluruhan dinding abdomen untuk mengetahui apakah ada nyeri umum (peritonitis, pancreatitis). Kemudian mencari dengan perabaan ada atau tidaknya massa/benjolan (tumor). Periksa juga turgor

kulit perut untuk menilai hidrasi pasien. Setelah itu periksalah dengan tekanan region suprapubika (cystitis), titik mcburney (appendicitis), region epigastrica (gastritis), dan region iliaca (adnexitis) barulah secara khusus kita melakukan palpasi hepar. Palpasi hepar dilakukan dengan telapak tangan dan jari kanan dimulai dari kuadran kanan dan bawah berangsur-angsur naik mengikuti irama nafas dan cembungan perut. Rasakan apakah ada pembesaran hepar atau tidak. Hepar membesar pada keadaan.

1. Malnutrisi
2. Gangguan fungsi hati /radang hati (hepatitis, tyroid fever, malaria, dengue, tumor hepar)
3. Bendungan karena dekomposisi cordis.

(4) Perkusi

1. Untuk memperkirakan ukuran hepar, adanya udara pada lambung dan usus (tympani atau redup)
2. Untuk mendengarkan atau mendeteksi adanya gas, cairan atau massa dalam perut. Bunyi perkusi pada perut yang normal adalah tympani, tetapi bunyi ini dapat berubah pada keadaan-keadaan tertentu misalnya apabila hepar dan limpa membesar, maka bunyi perkusi akan menjadi redup, khususnya perkusi di daerah bawah kosta kanan dan kiri.

12) Pemeriksaan integument

Adanya nyeri tekan atau tidak, struktur kulit halus, warna kulit sawo matang, tidak ada benjolan.

13) Pemeriksaan ekstremitas

Hal yang diperhatikan dalam melakukan pemeriksaan ekstremitas, yaitu:

1. Tanda-tanda injuri eksternal
 2. Nyeri
 3. Pergerakan
 4. Odema, fraktur
- 14) Theraphy

Pada therapy tulis nama obat lengkap, dosis, frekuensi pemberian dan cara pemberian secara oral, parenteral, dan lain-lain (Rohman & Walid, 2010)

15) Pemeriksaan Penunjang

- (1) Darah : Ditemukan peningkatan leukosit dan laju endap darah (LED).
- (2) Sputum : BTA pada BTA (+) ditemukan sekurang-kurangnya 3 batang kuman pada satu sediaan dengan kata lain 5.000 kuman dalam 1 ml spuntum.
- (3) Test tuberculin : Mantoux tes (PPD)
- (4) Rotgen foto : foto PA (kunoli, 2012)

2.3.1.10 Perumusan Masalah : perumusan masalah dilakukan dengan menggunakan data yang diperoleh dari pengkajian keluarga.

2.3.1.11 Struktur diagnosis keperawatan Keluarga terdiri dari masalah (problem), penyebab (etiologi) dan atau tanda atau gejala. Masalah adalah suatu pernyataan tidak terpenuhi kebutuhan dasar manusia yang dialami keluarga atau anggota keluarga. Penyebab adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dengan mengacu pada lima tugas keluarga yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Tanda dan gejala adalah sekumpulan data objektif dan subjektif yang diperoleh oleh perawat dari keluarga yang

mendukung masalah dan penyebab. Diagnosis keperawatan keluarga merupakan respons keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami, baik actual, risiko maupun potensial, yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan secara mandiri maupun kolektif yang terdiri dari masalah, etiologi, serta tanda dan gejala (PES). Diagnosis keperawatan dibedakan menjadi tiga kelompok, yaitu diagnosis keperawatan actual, risiko atau risiko tinggi, dan potensial atau wellness.

- 1) Diagnosis actual, menunjukkan keadaan yang nyata dan sudah terjadi pada saat pengkajian di keluarga.
- 2) Risiko atau risiko tinggi. Merupakan masalah yang belum terjadi pada pengkajian. Namun dapat menjadi masalah actual bila tidak dilakukan pencegahan dengan cepat.
- 3) Potensial atau Wellness. Merupakan proses pencapaian tingkat fungsi yang lebih tinggi. Potensial juga merupakan suatu keadaan sejahtera dari keluarga yang sudah mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan. Diagnosis Potensial dapat dirumuskan tanpa disertai etiologi.

2.3.1.12 Penetapan Prioritas Masalah

Dalam suatu keluarga, perawat dapat menemukan masalah lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga. Oleh karena itu perawat perlu menentukan prioritas terhadap diagnosis keperawatan keluarga yang ada dengan menggunakan skala prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya, 1978). Prioritas masalah adalah penentuan prioritas urutan masalah dalam merencanakan penyelesaian masalah keperawatan melalui perhitungan skor. Skala ini memiliki empat kriteria, masing – masing kriteria memiliki skor dan bobot yang berbeda disertai dengan pembedaan atau alasan penentuan skala tersebut.

- 1) Kriteria pertama : sifat masalah dengan skala actual (skor 3), risiko (skor 2), dan wellness (skore 1) dengan bobot 1, membenaran sesuai dengan masalah yang sudah terjadi, akan terjadi atau kearah pencapaian tingkat fungsi yang lebih tinggi.
- 2) Kriteria kedua : Kemungkinan masalah dapat di ubah dengan skala mudah (skor 2), sebagian (skor 1), dan tidak dapat (skor 0) dengan bobot 2. Pembenaran di tunjang dengan data pengetahuan (pengetahuan klien atau keluarga, teknologi, dan tindakan untuk (menangani masalah yang ada), sumberdaya keluarga (dalam bentuk fisik, keuangan, dan tenaga) sumber daya perawat (pengetahuan, ketrampilan, dan waktu), dan sumber daya masyarakat (dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat).
- 3) Kriteria ketiga : Potensial masalah untuk dijegah dengan skala skor tinggi (skor 3) cukup (skor 2), dan rendah (skor 1) dengan bobot 1. Pembenaran di tunjang dengan data kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah. Lamanya masalah (waktu masalah itu ada), tindakan yang sedang dijalankan(tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah), dan adanya kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
- 4) Kriteria keempat : Menonjolnya masalah dengan skala segera (skor 2), tidak perlu segera (skor 1), dan tidak dirasakan (skor 0) dengan bobot 1. Pembenaran ditunjang dengan data persepsi kelurga dalam melihat masalah yang ada, Untuk lebih jelasnya skala dalam menentukan prioritas dapat dilihat dalam table.

Tabel 2. 1 Skala untuk Menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

No.	Kriteria	Skor	Bobot	Pembenaran
1.	Sifat masalah skala :			
	Aktual			
	Risiko	3		
	Potensial/wellnes	2	1	
		1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah . skala :			
	Mudah			
	Sebagian	2	2	
	Tidak dapat	1		
		0		
3.	Potensi masalah untuk dicegah. Skala :			
	Tinggi			
	Cukup	3		
	Rendah	2		
		1	1	
4.	Menonjolnya masalah, skala:			
	Segera	2		
	Tidak perlu segera	1	1	
	Tidak disarankan			
		0		

Setelah kita mampu menentukan skor dari tiap kriteria kemudian kita lakukan perhitungan menggunakan rumus berikut untuk menetapkan nilai masalah. Skor dibagi angka tertinggi di kali bobot, jumlahkan skornya. skor tertinggi merupakan prioritas diagnosis yang akan kita tanggulasi lebih dahulu.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Tuberkulosis Paru secara teori menurut SDKI (Edisi 1) adalah sebagai berikut :

2.3.2.1 Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan kompleksitas system pelayanan kesehatan, konflik pengambilan keputusan (D.0115)

2.3.2.2 Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, stress berlebihan (D.0067)

2.3.2.3 Resiko Cedera berhubungan dengan ketidaknormalan profil darah (D.0136)

2.3.3 Intervensi/Perencanaan

Tabel Intervensi/Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)</p> <p>Definisi : pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompleksitas system pelayanan kesehatan 2. Kompleksitas program perawatan/pengobatan 3. Konflik pengambilan keputusan 4. Kesulitan ekonomi 5. Banyak tuntutan 6. Konflik keluarga <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami masalah Kesehatan yang diderita 2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan 	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga (L.12105)</p> <p>Definisi : kemampuan menangani masalah kesehatan keluarga secara optimal untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kemampuan menjelaskan masalah Kesehatan yang dialami 2. Meningkatkan aktivitas keluarga mengatasi masalah Kesehatan tepat 3. Meningkatkan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 4. Menurun verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan 5. Menurun gejala penyakit anggota keluarga 	<p>Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)</p> <p>Definisi : memfasilitasi perencanaan penatalaksanaan perawatan kesehatan keluarga.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga 3. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga 4. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan 2. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga 3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

<p>perawatan yang ditetapkan</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat 2. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi factor risiko 		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 2. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 3. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga
<p>Keletihan (D.0067)</p> <p>Definisi : penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan tidur 2. Gaya hidup monoton 3. Kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan) 4. Program perawatan/pengobatan jangka panjang 5. Peristiwa hidup negatif 	<p>Tingkat Keletihan (L.05046)</p> <p>Definisi : kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan verbalisasi kepuhian energi 2. Meningkatkan tenaga 3. Meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas rutin 4. Meningkatkan motivasi 5. Menurun verbalisasi lelah 	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Definisi : mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

<p>6. Stres berlebihan</p> <p>7. Depresi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur 2. Merasa kurang tenaga 3. Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mempertahankan aktifitas rutin 2. Tampak lesu <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab 2. Libido menurun <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan istirahat meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Menurun lesu 7. Menurun gangguan konsentrasi 8. Menurun sakit kepala 9. Menurun sakit tenggorokan 10. Menurun mengi 11. Menurun sianosis 12. Menurun gelisah 13. Menurun frekuensi nafas 14. Menurun perasaan bersalah 15. Membaik selera makan 16. Membaik pola nafas 17. Membaik libido 18. Membaik pola istirahat 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
<p>Risiko Cedera (D.0136)</p> <p>Definisi : berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang</p>	<p>Tingkat Cedera (L.09094)</p> <p>Definisi : keparahan dari cedera yang diamati</p>	<p>Pencegahan Cedera (1.14537)</p> <p>Definisi :</p>

<p>tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik</p> <p>Faktor Risiko</p> <p>Eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar pathogen 2. Terpapar zat kimia toksik 3. Terpapar agen nosocomial 4. Ketidakamanan transportasi <p>Internal :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidaknormalan profil darah 2. Perubahan orientasi afektif 3. Perubahan sensasi 4. Disfungsi autoimun 5. Disfungsi biokimia 6. Hipoksia jaringan 7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh 8. Malnutrisi 9. Perubahan fungsi psikomotor 10. Perubahan fungsi kognitif 	<p>atau dilaporkan</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Nafsu makan meningkat 3. Toleransi makanan meningkat 4. Kejadian cedera menurun 5. Luka/lecet menurun 6. Ketegangan otot menurun 7. Fraktur menurun 8. Pendarahan menurun 9. Ekspresi wajah kesakitan menurun 10. Agitasi menurun 11. Intabilitas menurun 12. Gangguan mobilitas menurun 13. Gangguan kognitif menurun 14. Tekanan darah membaik 15. Frekuensi nadi membaik 16. Frekuensi napas membaik 17. Denyut jantung apical membaik 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Gunakan lampu tidur selama jam tidur 3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi) 4. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius 5. Sediakan alas kaki antislip 6. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, <i>jika perlu</i> 7. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau 8. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 9. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi
--	---	--

	<p>18. Denyut jantung radialis membaik</p> <p>19. Pola istirahat/tidur membaik</p>	<p>terendah saat digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 11. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 12. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi 13. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan 14. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. tongkat atau alat bantu jalan) 15. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 16. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.
--	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi / pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nuersing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2008). Ada 3 tahap implementasi :

2.3.4.1 Fase orientasi

Terapeutik dimulai dari perkenalan klien pertama kalinya bertemu dengan perawat untuk melakukan validasi data diri.

2.3.4.2 Fase kerja

Fase kerja merupakan inti dari fase komunikasi terapeutik, dimana perawat mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan, maka dari itu perawat diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih mendalam tentang klien dan masalah kesehatannya.

2.3.4.3 Fase terminasi

Pada fase terminasi adalah fase yang terakhir, dimana perawat meninggalkan pesan yang dapat diterima oleh klien dengan tujuan, ketika dievaluasi nantinya klien sudah mampu mengikuti saran perawat yang diberikan, maka dikatakan berhasil dengan baik komunikasi terapeutik perawat-klien apabila ada umpan balik dari 45 seorang klien yang telah diberikan tindakan atau asuhan keperawatan yang sudah direncanakan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Nursalam, 2014).

Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi hasil atau formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi proses atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah

ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

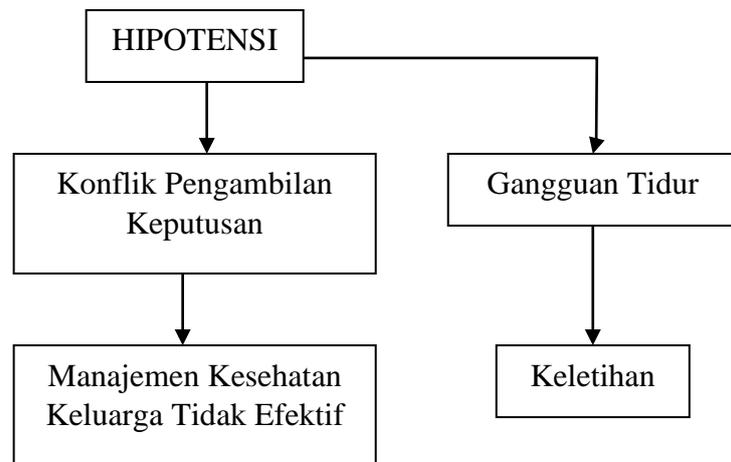
S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan

A: Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul atau ada masalah baru atau ada masalah yang kontradiktif dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien.

2.4 Kerangka Masalah



BAB III
TINJAUAN KASUS

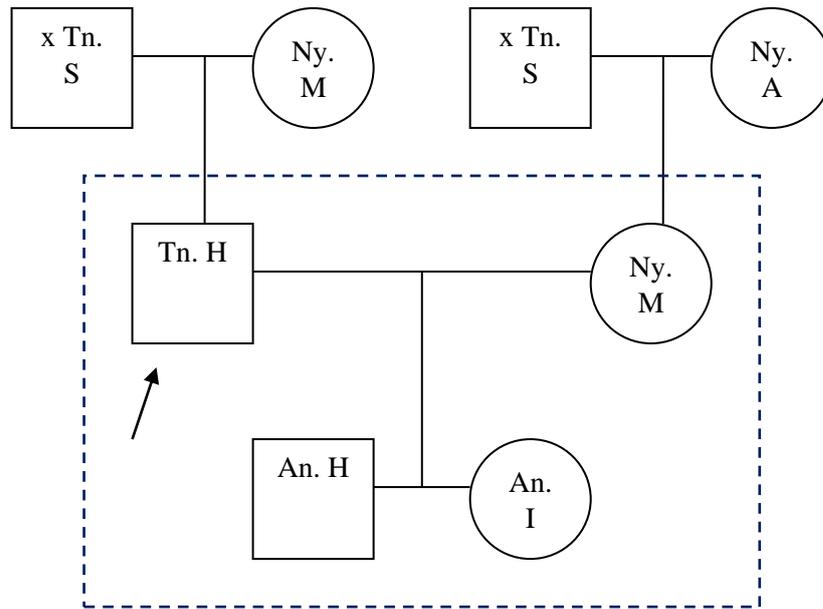
3.1 Data Umum

- 3.1.1 Kepala Keluarga (KK) : Tn. H
- 3.1.2 Alamat dan telepon : Desa Muneng
- 3.1.3 Pekerjaan KK : Pekerja Serabutan
- 3.1.4 Pendidikan KK : SLTA
- 3.1.5 Komposisi keluarga :

Tabel Komposisi Keluarga

No	Nama	JK	Hub, Keluarga dengan KK	Umur	Pendidikan	Status Imunisasi										Ket	
						BCG	Polio				DPT			Hepatitis			Campak
1	Tn. H	L	Suami		SLTA												
2	Ny. M	P	Istri		SLTA												
3	An. H	L	Anak		SMA												
4	An. I	P	Anak		SMP												

Genogram



Keterangan Simbol :

-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Kepala keluarga Tn. H
-  : Serumah

Keterangan Kesehatan Umum :

1. Tn. H sebagai kepala keluarga, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.
2. Ny. M sebagai istri, keadaan umum mengeluh keletihan.
3. An. H, anak pertama dari dua bersaudara, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.
4. An. I, anak kedua dari dua bersaudara, keadaan umum sehat dan tidak ada keluhan.

3.1.6 Tipe Keluarga : Tipe keluarga Nuclear Family yang terdiri dari suami,istri,dan anak

3.1.7 Suku bangsa : Tn.H, istri, dan anaknya berasal dari suku Jawa yang tidak memiliki kebiasaan khusus dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan keluarga.

3.1.8 Agama : Keluarga Tn.H beserta anggota keluarga menganut agama islam. Tn.H dan keluarga selalu taat beribadah.

3.1.9 Status social ekonomi keluarga

Jumlah pendapatan perbulan : Jumlah pendapatan 3,5 juta rupiah per bulan.

Sumber pendapatan perbulan : Sumber pendapatan Tn.H bekerja serabutan dan Ny.M membuka toko dirumahnya.

Jumlah pengeluaran perbulan : Selama ini untuk memenuhi kebutuhan sehari hari yaitu makan, bayar tagihan listrik, air, membayar biaya sekolah, dll.

Menggunakan uang hasil pendapatan Tn.H dan Ny.M

3.1.10 Aktivitas rekreasi keluarga : Rekreasi yang digunakan untuk mengisi kekosongan waktu dengan menonton televisi bersama dirumah, rekreasi di luar rumah terkadang tidak pernah dilakukan.

3.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tugas perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga dengan anak remaja dikarenakan anak pertama telah memasuki usia 14 tahun. Untuk tugas tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja sesuai teori.

2. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga belum terpenuhi secara optimal oleh keluarga Ny. M karena belum memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar. Saat ini kedua anak keluarga Tn. S masih tinggal satu rumah dan belum menikah.

3. Riwayat kesehatan keluarga inti

Ny. M menikah dengan Ny.S ± 20 tahun yang lalu dan memiliki 2 orang anak. Saat ini keluarga Ny. M masih lengkap karena kedua anaknya masih menempuh pendidikan sekolah. Dalam keluarga terutama Ny. M menderita Hipotensi yang bukan merupakan penyakit keturunan dari keluarga. Ny.S dan anak anaknya belum pernah dirawat dirumah sakit, serta tidak pernah sakit yang serius sebelumnya.

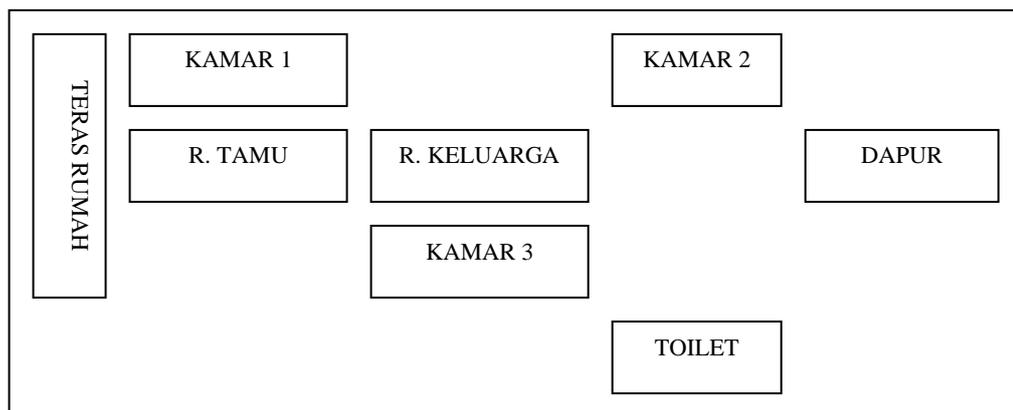
4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa keluarga Ny. M tidak pernah mengalami penyakit Hipotensi. Ny. M mengeluh batuk sampai kurang lebih 3 bulan dan terasa sesak pada dada sebelah kiri, akhirnya diperiksa di puskesmas Pandaan Ny. M melakukan pemeriksaan rontgen dan klien mendapatkan terapi minum OAT selama 6 bulan teratur, dan kebiasaan yang dimiliki klien adalah merokok 1 bungkus rokok/hari.

3.3 Data Lingkungan

3.3.1 Karakteristik rumah

Rumah Tn.H terdiri dari ruang tamu, ruang keluarga, 3 kamar tidur, ruang dapur, 1 kamar mandi, dan teras rumah. Dan jendela dirumah sering dibuka.



Gambar Denah Rumah Tn. H

3.3.2 Karakteristik tetangga dan komunitasnya

Keluarga tinggal di lingkungan yang bersuku Jawa. Tn.H mengatakan jarang berkumpul dengan tetangga karena memiliki kesibukan.

3.3.3 Mobilitas geografis keluarga

Keluarga Tn.H menempati rumah tersebut sejak 15 tahun yang lalu.

3.3.4 Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat

Keluarga Tn.H jarang berinteraksi dengan tetangga karena memiliki kesibukan masing masing, tetapi bila ada kesempatan keluarga Tn.H saling berkumpul dengan tetangga untuk mengobrol.

3.3.5 System pendukung keluarga

Semua anggota keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain. Keluarga saling menyayangi dan membantu satu sama lain. Keluarga memiliki televisi, tempat tidur cukup nyaman, ruang keluarga cukup nyaman, motor sebagai sarana transportasi.

3.4 Struktur Keluarga

3.4.1 Struktur peran

Tn.H melakukan peran keluarga dengan sangat baik, sebagai kepala keluarga, beliau selalu membantu dan mendukung anak dan istrinya.

3.4.2 Nilai atau norma keluarga

Semua anggota keluarga juga memegang norma norma yang berlaku di masyarakat, jika ada anggota keluarga yang agak menyimpang anggota keluarga lain mengingatkan.

3.4.3 Pola komunikasi keluarga

Keluarga Tn.H berkomunikasi sehari hari menggunakan Bahasa Jawa. Dalam keadaan emosi keluarga Tn.H menggunakan kalimat positif, setiap

masalah dalam keluarga selalu dirembukkan dan mencari jalan keluarnya dengan cara musyawarah keluarga.

3.4.4 Struktur kekuatan keluarga

Tn.H mengatakan apabila ada masalah maka akan dibicarakan dengan anak-anaknya.

3.5 Fungsi Keluarga

3.5.1 Fungsi ekonomi

Keluarga dapat memenuhi kebutuhan makanan yang cukup, pakaian untuk anak, biaya untuk pendidikan dan biaya untuk berobat.

3.5.2 Fungsi mendapatkan status social

Keluarga Tn.H sebagai warga masyarakat biasa.

3.5.3 Fungsi pendidikan

Tn.H mengatakan keluarga memiliki peran dan tanggung jawab yang besar terhadap pendidikan anaknya untuk menghadapi kehidupan.

3.5.4 Fungsi sosialisasi

Interaksi keluarga Tn.H dengan anaknya terjalin sangat baik dan terlihat harmonis. Dalam mengambil keputusan Tn.H memiliki peran yang besar namun selalu adil kepada keluarganya. Tn.H dan Ny.M kurang aktif dalam kegiatan kemasyarakatan seperti arisan. Namun pada saat keluar rumah klien tidak pernah menggunakan masker dan saat batuk dan bersin klien tidak pernah menutup mulutnya dengan tisu ataupun seputangan.

3.5.5 Fungsi pemenuhan kesehatan

Keluarga Ny. M mengatakan tidak tahu/ tidak mengerti tentang penyakit pada Ny. M. Keluarga belum mampu mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi bila ada anggota keluarga yang sakit. Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat jika ada anggota keluarga yang sakit. Keluarga belum mampu memodifikasi lingkungan yang tepat untuk menunjang kesehatan keluarga. Keluarga mampu memanfaatkan layanan fasilitas dengan tepat.

3.5.6 Fungsi religious

Tn.H dan keluarganya selalu beribada dengan taat bersama dan juga berdoa agar diberi kesehatan.

3.5.7 Fungsi rekreasi

Rekreasi digunakan untuk mengisi kekosongan waktu dengan menonton televisi bersama dirumah. Rekreasi diluar rumah kadang kadang tidak pernah dilakukan sama sekali.

3.5.8 Fungsi reproduksi

Tn.H sudah tidak melakukan hubungan seksual karena merasa sudah tua dan mengatakan mempunyai dua anak sudah cukup.

3.5.9 Fungsi afeksi

Anggota keluarga Tn.H saling menyayangi, menghormati, memberikan perhatian dan kasih sayang antara anggota keluarga yang lain. Apabila salah satu di anggota keluarga Tn.H ada yang sakit langsung dibawah kerumah petugas kesehatan atau rumah sakit.

3.6 Stress dan Koping Keluarga

3.6.1 Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek menyelesaikan pengobatan Ny. M dalam waktu < 6 bulan, dan stressor jangka panjang menyelesaikan pengobatan Ny. M dalam waktu > 6 bulan.

3.6.2 Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Keluarga selalu berupaya agar anggota yang sakit dapat sembuh dengan membawa anggota yang sakit berobat ke puskesmas.

3.6.3 Strategi koping yang digunakan

Anggota keluarga selalu bermusyawara untuk menyelesaikan masalah yang ada.

3.6.4 Strategi adaptasi disfungsional

Ny. M mengatakan bila merasa sakit atau tidak enak badan biasa hanya dibuat untuk istirahat, sedangkan jika mengalami keluhan lain terhadap penyakitnya maka klien dibawa ke puskesmas.

3.7 Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

No	Data	Anggota Keluarga			
		Tn. H	Ny. M	An. H	An. I
1.	Kepala dan rambut	Bentuk kepala simetris, kulit kepala tidak ada lesi, dan tidak ada benjolan. Rambut bersih berwarna hitam dan sedikit beruban dan tidak berbau. Bentuk wajah simetris.	Bentuk kepala simetris, kulit kepala tidak ada lesi, dan tidak ada benjolan. Rambut bersih berwarna hitam dan sedikit beruban dan tidak berbau. Bentuk wajah simetris.	Bentuk kepala simetris, kulit kepala tidak ada lesi, dan tidak ada benjolan. Rambut bersih berwarna hitam dan sedikit beruban dan tidak berbau. Bentuk wajah simetris.	Bentuk kepala simetris, kulit kepala tidak ada lesi, dan tidak ada benjolan. Rambut bersih berwarna hitam dan sedikit beruban dan tidak berbau. Bentuk wajah simetris.
2.	Mata	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan baik	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan baik	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan baik	Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, sclera tidak ikterik, ketajaman penglihatan baik
3.	Telinga	Bentuk telinga simetris, tidak ada serum, dan ketajaman pendengaran baik.	Bentuk telinga simetris, tidak ada serum, dan ketajaman pendengaran baik.	Bentuk telinga simetris, tidak ada serum, dan ketajaman pendengaran baik.	Bentuk telinga simetris, tidak ada serum, dan ketajaman pendengaran baik.
4.	Leher	Tidak ada pembesaran tiroid			
5.	Dada	Thorax/Dada : Dada simetris, frekuensi 24x / menit, irama pernapasan regular, Pemeriksaan Paru : tidak terdapat suara tambahan Pemeriksaan Jantung : tidak	Thorax/Dada : Dada simetris, frekuensi 24x / menit, irama pernapasan regular, Pemeriksaan Paru : tidak terdapat suara tambahan Pemeriksaan Jantung : tidak	Thorax/Dada : Dada simetris, frekuensi 24x / menit, irama pernapasan regular, Pemeriksaan Paru : tidak terdapat suara tambahan Pemeriksaan Jantung : tidak	Thorax/Dada : Dada simetris, frekuensi 24x / menit, irama pernapasan regular, Pemeriksaan Paru : tidak terdapat suara tambahan Pemeriksaan Jantung : tidak

		ada bunyi jantung tambahan			
6.	Abdomen	Tidak nyeri tekan. Tidak ada massa			
7.	Integumen	Warna kulit sawo matang, turgor kulit < 3 detik, kelembapan lembab, tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang, turgor kulit < 3 detik, kelembapan lembab, tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang, turgor kulit < 3 detik, kelembapan lembab, tidak ada lesi	Warna kulit sawo matang, turgor kulit < 3 detik, kelembapan lembab, tidak ada lesi
8.	Ekstremitas	Tidak ada oedem, pergerakan bebas 5 5 5 5			
9.	Tanda-tanda vital	TD :120/80 mmHg S : 36,6oC N : 89 x/menit RR : 27 x/menit	TD :120/80 mmHg S : 36,6oC N : 89 x/menit RR : 27 x/menit	TD :120/80 mmHg S : 36,6oC N : 89 x/menit RR : 27 x/menit	TD :120/80 mmHg S : 36,6oC N : 89 x/menit RR : 27 x/menit

3.8 Harapan Keluarga

Tn.H dan keluarga berharap selalu diberi kesehatan dan petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik, tepat dan cepat kepada siapa saja yang membutuhkan.

3.9 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan kurang memahami cara merawat. - Keluarga mengatakan makanan Ny. M sama dengan keluarga yang lain - Pola tidur Ny. M tidak sesuai dan kurang dari kebutuhan - Ny. M mengatakan khawatir tensinya menurun - Keluarga kurang memahami cara mengenal masalah Ny. M yang khawatir tensinya akan menurun <p>DO :</p> <p>Keluarga tampak bingung dengan penyakit yang diderita Ny. M</p>	<p>Hipotensi</p> <p>-</p> <p>Penurunan Jantung</p> <p>-</p> <p>Kerusakan Otot Jantung</p> <p>-</p> <p>Curah Jantung Menurun</p> <p>-</p> <p>Suplai Darah Tidak Adekuat</p> <p>-</p> <p>Menyetimulus Jantung Bekerja Lebih Keras</p> <p>-</p> <p>Keadaan Fisik</p> <p>-</p> <p>Mengganggu Aktivitas Sehari-hari</p> <p>-</p> <p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif</p>	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur Ny. M tidak sesuai dan kurang dari kebutuhan - Ny M mengatakan dirinya mudah merasa lelah <p>DO :</p> <p>Pasien tampak kelelahan</p>	<p>Hipotensi</p> <p>-</p> <p>Penurunan Jantung</p> <p>-</p> <p>Kerusakan Otot Jantung</p> <p>-</p> <p>Curah Jantung Menurun</p>	<p>Keletihan</p>

	TD : 110/80 mmHg N : 89 x/menit S : 36,8 C RR : 27 x/menit	- Suplai Darah Tidak Adekuat - Menyetimulus Jantung Bekerja Lebih Keras - Keadaan Fisik - Keletihan	
--	---	--	--

3.10 Diagnosa Keperawatan

No.	Kode	Diagnosa Keperawatan
1.	D.0115	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Konflik pengambilan keputusan
2.	D.0067	Keletihan b.d Gangguan tidur

3.11 Skoring Prioritas Masalah Keluarga

No.	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah kearah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggunginya.
4.	Menonjolkan masalah : Segerah diatasi (2) Tidak segerah diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	2	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
Total				5	

Tabel 2

No.	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Pembenaran
1.	Sifat Masalah : Aktual (3) Resiko tinggi (2) Potensial (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah sudah aktual dan memerlukan tindakan perawatan yang tepat dan cepat agar tidak terjadi masalah lebih lanjut.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Mudah (2) Sebagian (1) Tidak dapat (0)	2	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Sumber daya (dana dan pendapatan) tindakan dan fasilitas penunjang untuk memecahkan masalah dapat dijangkau oleh keluarga.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : Tinggi (3) Cukup (2) Rendah (1)	3	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Masalah ini memerlukan tindakan yang tepat dan berpotensi untuk dicegah kearah yang tidak diinginkan selama keluarga dan petugas dapat bekerja sama dalam menanggulangnya.
4.	Menonjolkan masalah : Segerah diatasi (2) Tidak segerah diatasi (1) Tidak dirasakan ada masalah (0)	1	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	Masalah harus segera ditangani karena jika tidak akan menimbulkan masalah lain.
Total				$4\frac{1}{2}$	

3.12 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1.	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif b.d Konflik pengambilan keputusan (D.0115)</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mehamami masalah kesehatan yang diderita 2. Klien mampu mengatasi masalah kesehatan secara tepat 	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga (L.12105)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan aktivitas keluarga mengatasi masalah Kesehatan tepat 2. Meningkatkan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 3. Menurun gejala penyakit anggota keluarga 	<p>Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (1.13477)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga 2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga 3. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga 4. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 5. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 6. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga
2.	<p>Keletihan b.d Gangguan tidur (D.0067)</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mempertahankan aktivitas rutin 2. Kebutuhan istirahat klien terpenuhi 	<p>Tingkat Keletihan (L.05046)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaik selera makan 2. Meningkatkan tenaga 3. Membaik pola istirahat 	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur

3.13 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal	Jam	Pelaksanaan	Nama/Tanda Tangan
1.	22 Juli 2021	09.10 WIB	<p>Bina hubungan saling percaya</p> <p>Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang Hipotensi</p> <p>Respon : klien dan keluarga sudah siap untuk menerima informasi tentang Hipotensi</p> <p>Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> <p>Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>Respon : klien dan keluarga mengatakan dapat menjadwalkan pendidikan kesehatan sekarang.</p>	
		09.30 WIB	<p>Menjelaskan tentang masalah penyakit Hipotensi.</p> <p>Respon : klien dan keluarga memperhatikan saat diberi penjelasan dan mampu menjelaskan kembali tentang tanda dan gejala penyakit Hipotensi.</p>	
2.		09.40 WIB	<p>Menjelaskan kepada klien tentang penyebab dan cara mencegah keletihan.</p> <p>Respon : klien memperhatikan saat diberikan penjelasan dan klien mampu menjelaskan kembali tentang penyebab dan cara mencegah keletihan</p>	
		09.50 WIB	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital.</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 89 x/menit</p> <p>RR : 27 x/menit</p> <p>Suhu : 36.6°C</p>	
1.	23 Juli 2021	09.00. WIB	<p>Menjelaskan kepada klien tentang perawatan hipotensi.</p> <p>Respon : klien memperhatikan saat diberikan penjelasan dan klien maupun keluarga mampu menjelaskan kembali tentang perawatan hipotensi.</p>	
2.		09.20	<p>Menjelaskan kepada klien tentang cara mengatasi keletihan.</p>	

			Respon : klien memperhatikan saat diberikan penjelasan dan klien maupun keluarga mampu menjelaskan kembali tentang cara mengatasi kelelahan.	
		09.30 WIB	Mengobservasi tanda tanda vital TD : 120/80 mmHg Nadi : 85 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,5°C	
1.	24 Juli 2021	09.00 WIB	Mendiskusikan dengan klien sudah faham tentang penyakit Hipotensi dan cara merawatnya. Respon : klien mengatakan sudah memahai tentang penyakit Hipotensi dan cara merawatnya.	
2.		09.15 WIB	Mendiskusikan dengan klien sudah faham tentang kelelahan dan cara mengatasinya. Respon : klien mengatakan sudah memahai tentang kelelahan dan cara mengatasinya.	
			Mengobservasi tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 86 x/menit RR : 22x/menit S : 36,6°C	

3.14 Evaluasi Keperawatan

No.	22 Juli 2021	23 Juli 2021	24 Juli 2021
1.	<p>S : klien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit Hipotensi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak siap untuk menerima informasi. 2. Klien tampak kebingungan menjawab tentang Hipotensi. 3. Klien tampak kurang mengetahui cara merawat keluarga yang menderita Hipotensi. <p>A : masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>S : klien dan keluarga mengatakan tidak tahu cara perawatan Hipotensi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak siap untuk menerima informasi. 2. Klien mulai mengetahui tentang Hipotensi. 3. Klien tampak mulai mengetahui cara perawatan penderita Hipotensi. <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien sudah tahu tentang apa itu penyakit Hipotensi dan cara merawat anggota keluarga yang menderita Hipotensi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menerima informasi 2. Klien dapat menjelaskan tentang Hipotensi kembali dengan benar. 3. Klien tampak sudah mengetahui cara merawat keluarga yang menderita Hipotensi. <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>

2.	<p>S : klien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakit Hipotensi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak siap untuk menerima informasi. 2. Klien tampak kebingungan menjawab tentang keletihan. 3. Klien tampak kurang mengetahui cara merawat keluarga yang mengalami keletihan. <p>A : masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>S : klien dan keluarga mengatakan tidak tahu cara mengatasi keletihan.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak siap untuk menerima informasi. 2. Klien mulai mengetahui tentang keletihan. 3. Klien tampak mulai mengetahui cara mengatasi keletihan. <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien sudah tahu tentang apa itu keletihan dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami keletihan.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menerima informasi 2. Klien dapat menjelaskan tentang keletihan kembali dengan benar. 3. Klien tampak sudah mengetahui cara merawat keluarga yang mengalami keletihan. <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
----	---	--	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Hipotensi di Desa Muneng yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Juli 2021 klien bernama Ny.M dengan umur 40 tahun berjenis kelamin perempuan mengalami masalah kesehatan yaitu dengan keletihan. Kondisi rumah klien yang tampak bersih dan jendela dirumah klien sering dibuka.

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data ditandai dengan pengumpulan informasi. Pengumpulan data berasal dari beberapa sumber seperti wawancara, observasi, dan fasilitas rumah yang dimiliki. Sesuai dengan teori yang dijabarkan di atas penulis melakukan pengkajian pada Ny.M dengan menggunakan format pengkajian keluarga melalui metode wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. SDKI,(2017).

Diagnosa yang muncul pada pasien hipotensi yaitu :

- 1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan kompleksitas system pelayanan kesehatan, konflik pengambilan keputusan (D.0115)
- 2) Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur, stress berlebihan (D.0067)
- 3) Resiko Cedera berhubungan dengan ketidaknormalan profil darah (D.0136)

Pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, pada tinjauan kasus terdapat 1 diagnosa yang tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu Resiko Cedera berhubungan dengan ketidaknormalan profil darah.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Pada rencana tindakan keperawatan terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus, pada diagnosa keperawatan Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan. Tidak mengalami kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Hal ini di karenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi pada tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan, yaitu jelaskan pasien dan keluarga tentang penyebab dan cara menangani saat timbul gejala, dan edukasi mengenai penggunaan fasilitas kesehatan yang ada.

Pada diagnosa keperawatan Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur. Hal ini di karenakan pada tinjauan pustaka tidak dijabarkan rencana tindakan keperawatan, tetapi tinjauan kasus telah direncanakan tindakan keperawatan yaitu Menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya tidur cukup selama sakit, Mengidentifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) batasi waktu tidur siang, jika perlu, Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang.

4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan oleh perawat. Pada diagnosa keperawatan Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan dibutuhkan pelaksanaan 3 hari. Pada diagnosa keperawatan Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur. Di butuhkan pelaksanaan selama 3 hari.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana dapat dilaksanakan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi keperawatan belum dapat dilaksanakan karena kasus semu sedangkan pada tindakan kasus evaluasi keperawatan dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi keperawatan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler serebral disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu gejala penyakit anggota keluarga menurun, tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat.

Diagnosa keperawatan diagnosa keperawatan Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur disimpulkan bahwa masalah teratasi karena sudah sesuai dengan tujuan yang ditetapkan oleh perawat yaitu memperbaiki pola istirahat.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan penulis pada pasien Hipotensi di Desa Nogosari, maka penulis memberikan kesimpulan serta saran untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Hipotensi di Desa Nogosari, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut.

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. M didapatkan data sebagai berikut, Ny. M mengatakan dirinya mudah merasa lelah

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Ny. M ditegakkan berdasarkan data pengkajian yang didapat peneliti berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh Ny. M yaitu Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif ditandai dengan Hipotensi.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk Ny. M yaitu dengan melakukan observasi, terapeutik, dan edukasi pada keluarga Ny. M, dengan menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, serta mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan pada Ny. M sudah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang dilakukan adalah menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, serta mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan dalam bentuk SOAP. Selama penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan, penulis mengevaluasi bahwa secara keseluruhan keluarga mampu mengenali dan merawat anggota keluarga dalam masalah kesehatan Hipotensi.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat penulis berikan yaitu:

- 1) Bagi penderita Hipotensi dan keluarga

Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga tentang bagaimana menangani masalah Hipotensi dengan tindakan yang benar sehingga masalah Hipotensi teratasi.

- 2) Bagi institusi pendidikan

Hasil asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi bahan referensi mengajar serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan topic asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan Hipotensi bagi dosen dan mahasiswa di lingkungan Politeknik Kesehatan Kerta Cendikia Sidoarjo.

- 3) Bagi penulis selanjutnya

Disarankan untuk penulis selanjutnya agar dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal dan komprehensif serta bertanggung jawab kepada klien dan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- A.Nurarif H. & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Mediation*. Jogjakarta: Mediation.
- Agyemen, A. &. (2017). Tuberculosis an Overview. *Journal of Public Health and Emergency*, 1-11.
- Alwi, I. (2017). *penatalaksanaan di bidang ilmu penyakit dalam panduan praktik klinis*. Internapublishing pusat: ilmu penyakit dalam.
- BPJS. (2009). *Data Strategis BPS 2009*. Jakarta.
- Kemenkes. (2016). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Kemenkes, R. (2015). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- Menkes. (2016). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta.
- NANDA. (2015). *Nursing Diagnoses NANDA: Definition and Classification*. ECG.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Pressman, R. (2015). *Rekayasa Perangkat Lunak : Pendekatan Praktisi Buku I*. Yogyakarta: Andi Offser.
- Riskesdas. (2018). Survei Prevalensi Tuberkulosis 2013-2014. *Kementarian Kesehatan R*. Jakarta.
- Sylvia, A. P. (2016). *Patofisiologi Konsep klinis Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2015). Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. *World Health Organization*. Geneva.

Lampiran 1

INFORMED CONSENT

Judul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPOTENSI DENGAN MASALAH MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF DI DESA MUNENG KRATON PASURUAN". Tanggal pengambilan studi kasus 22 Juli 2021

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **HIDE SAMPURNA** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Ny. M, dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda Tangan Partisipan



(Ny. M)

Tanda Tangan Peneliti



(Hide Sampurna)

Lampiran 2

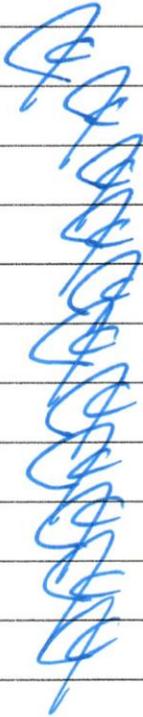
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Hide Sampurna

NIM : 1801064

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Penderita Hipotensi Dengan Masalah
Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Di Desa Muneng Kraton
Pasuruan

Pembimbing 1 : Ns.Kusuma Wijaya Ridi Putra S.kep.,MNS

No	Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
1.	22 Juni 2021	Konsul Bab 1 (latar Belakang)	
2.	25 Juni 2021	Judul Proposal	
3.	27 Juni 2021	Revisi Konsul Bab 1 (Latar Belakang)	
4.	01 Juli 2021	Revisi Konsul Bab 1 ACC	
5.	04 Juli 2021	Konsul Bab 2	
6.	06 Juli 2021	Revisi Konsul Bab 2 ACC	
7.	11 Agustus 2021	Konsul Bab 3	
8.	12 Agustus 2021	Revisi Konsul Bab 3 ACC	
9.	20 Agustus 2021	Konsul Bab 4 dan 5	
10.	21 Agustus 2021	Revisi Bab 5	
11.	21 Agustus 2021	Revisi Konsul Bab 5 ACC	

Lampiran 3

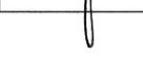
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Hide Sampura

NIM : 1801064

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Penderita Hipotensi Dengan Masalah
Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Di Desa Muneng Kraton
Pasuruan

Pembimbing 2 : Bagus Dwi Cahyono, S.ST.,M.Kes

No	Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf
1.	22 Juni 2021	Konsul Bab 1 (latar Belakang)	
2.	25 Juni 2021	Judul Proposal	
3.	27 Juni 2021	Revisi Konsul Bab 1 (Latar Belakang)	
4.	01 Juli 2021	Revisi Konsul Bab 1 ACC	
5.	04 Juli 2021	Konsul Bab 2	
6.	06 Juli 2021	Revisi Konsul Bab 2 ACC	
7.	17 Agustus 2021	Konsul Bab 3	
8.	18 Agustus 2021	Revisi Bab 3 ACC	
9.	20 Agustus 2021	Konsul Bab 4-5	
10.	21 Agustus 2021	Revisi Bab 4-5 ACC	

Lampiran 4



YAYASAN KERTA CENDEKIA POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232

Telepon: 031-8961496; Faximile : 031-8961497

Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 259/BAAK/III/2021

cPerihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Desa Muneng Kraton Pasuruan
di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Desa Muneng Kraton Pasuruan mengizinkan mahasiswa kami untuk megambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	:	Hide Sampurna
NIM	:	1801064
Alamat	:	Perum Kraton Harmoni, Desa Muneng Kraton Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	:	Malang, 11 Agustus 2000
No. Hp	:	082244721484
Judul KTI	:	Asuhan Keperawatan Pada Penderita Hipotensi Dengan Masalah Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Di Desa Muneng Kraton Pasuruan

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Mengetahui,
Direktur

Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes

