

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN HIPERTENSI**



**OLEH :**  
**AGUSTINA RAHMAWATI**  
**NIM : 2317041**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN HIPERTENSI**

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

AGUSTINA RAHMAWATI  
NIM : 2216035

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Agustina Rahmawati

Nim : 2317041

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri bukan merupakan mengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 15 Juni 2020  
Pembuat Pernyataan

matrai 6000

Agustina Rahmawati  
NIM : 2317041

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN HIPERTENSI**

OLEH :  
AGUSTINA RAHMAWATI  
NIM : 2317041

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
Disetujui pada tanggal

.....

Pembimbing I

Pembimbing II

Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep.

Wahyu Ratna, SKM.M.Kes

NIK : 1141 10 155

NIP : 195408211979032001

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**  
**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**  
**DENGAN HIPERTENSI**

Oleh :  
AGUSTINA RAHMAWATI  
NIM : 2317041

Telah Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Akper “YKY” Yogyakarta pada tanggal .....

Dewan Penguji :

Tanda Tangan

Eddy Murtoyo, S.Kep. Ns. M.Kep.

.....

Wahyu Ratna, SKM. M.Kes.

.....

Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep.

.....

Mengesahkan  
Direktur Akper “YKY”  
Yogyakarta

Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK : 1141 03 052

## **MOTO**

*Kemenangan yang seindah-indahnya dan sesukar-sukarnya yang boleh direbut oleh manusianya ialah menundukan diri sendiri.*

*(Ibu Kartini)*

*Dan bahwa seorang manusia tidak akan memperoleh sesuatu selain apa yang telah di usahakan sendiri.*

*(Q.s. An-Najm [53], 39).*

*Akulah yang harus datang sebab ilmu itu di datangi, bukan mendatangi.*

*(Ibnu'Abbas)*

*Tidak ada kemudahan kecuali apa yang Engkau jadikan mudah*

*. (H.r. Ibnu Hibban)*

## **HALAMAN PERSEMBAHAN**

1. Bapak Purwanto dan Siti Rochanah terimakasih atas dukungan moril, materiil, waktu, kasih sayang, kepercayaan, dan pengorbanan yang telah diberikan sampai saat ini.
2. Adi Prayitno dan Suratiyem nenek dan kakek saya yang selalu mendukung saya masuk kuliah di keperawatan
3. Nicolies Setiawan orang spesial dalam hidup saya yang selalu memberi semangat dan dukungan baik moril maupun spiritual.
4. Foto copy Dimas terimakasih atas dukungannya.
5. Sahabat-sahabatku, Annisa Fitrianingrum , Ami Yuliyanti, Intan Purnaningrum, Fina Dhamayatun, Liestya Chriswardhani terimakasih dukungan dan motivasi kalian.
6. Teman-teman kelas 3B yang seperti keluarga sendiri yang sering menemani lembur terimakasih telah memotivasi.
7. Untuk Mak Ikem dan para sahabatku yang tidak dapat aku sebutkan satu persatu, yang selalu membantuku dalam segala urusan kampus, yang selalu ada saat aku terpuruk dan yang selalu memberikan aku semangat datang ke kampus, kompak selalu kawan.
8. Untuk kelompok UAP di Puskesmas Gamping I , terimakasih kerjasama dan dukungan selama UAP.
9. Untuk teman-teman angkatan 23 yang berjuang selama 3 tahun bersama-sama dalam suka maupun duka.
10. Almamater ku tercinta Akper “YKY

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena berkat taufik dan hidayah-Nya, sehingga penulis bisa menyusun dan menyelesaikan Proposal ini dengan judul “Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Keluarga Tn “M” Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Yogyakarta Tahun 2020”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna memenuhi sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Program D III Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ini dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari sebagian pihak. Maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY.
2. Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang dengan sabar telah banyak mencurahkan tenaga, pikiran, dan kesabaran untuk memberikan bimbingan, pengarahan, saran-saran dalam penyusunan proposal ini.
3. Wahyu Ratna, SKM. M.Kes. selaku pembimbing II yang telah membantu pembuatan kasus ini.
4. Eddy Murtoyo, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku penguji Ujian Proposal yang telah membantu pembuatan kasus ini.
5. Orang tua, yang selalu sabar mendorong, membimbing, menyemangati dan memfasilitasi dalam pembuatan studi kasus ini.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan dalam pelaksanaan banyak mengalami hambatan-hambatan karena keterbatasan waktu, kemampuan dan pengetahuan. Untuk itu penyusun tidak menutup kemungkinan bila ada masukan baik dalam bentuk saran atau kritik dan bersifat membangun baik pembimbing maupun pembaca sehingga dapat membuat Karya Tulis Ilmiah ini lebih sempurna lagi.

Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
MOTTO .....	vi
PERSEMBAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Studi Kasus .....	4
D. Ruang Lingkup .....	4
E. Manfaat Studi Kasus .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Teori Dasar.....	6
1. Hipertensi .....	6
a. Definisi Hipertensi .....	6
b. Klasifikasi Hipertensi .....	6
c. Faktor Risiko Hipertensi .....	7
d. Komplikasi Hipertensi .....	8
e. Penatalaksanaan Hipertensi .....	9
2. Konsep Keluarga dan Asuhan Keperawatan Keluarga .....	10
a. Definisi Keluarga .....	10
b. Tipe Keluarga .....	10
c. Fungsi Keluarga .....	13
d. Struktur Keluarga .....	15
e. Tahap Perkembangan Keluarga .....	16
f. Asuhan Keperawatan Keluarga .....	20
1) Pengkajian .....	20
2) Diagnosa Keperawatan Keluarga .....	22
3) Perencanaan Keperawatan Keluarga .....	23
4) Implementasi Keperawatan Keluarga .....	25
5) Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	26
6) Dokumentasi .....	26
3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga .....	27
a. Definisi .....	27
b. Batasan Karakteristik .....	27
c. Faktor yang Berhubungan .....	27

d. Intervensi Keperawatan.....	28
B. Kerangka Teori.....	32
BAB III METODE PENELITIAN.....	33
A. Rancangan Penelitian.....	33
B. Objek Penelitian.....	33
C. Lokasi dan Waktu Studi Dokumentasi.....	33
D. Definisi Operasional.....	34
E. Instrumen Studi Dokumentasi.....	34
F. Teknik Pengumpulan Data.....	34
G. Analisa Data.....	35
H. Etika Penulis.....	35
I. Kerangka Alur.....	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Hasil.....	37
B. Pembahasan.....	39
BAB V PENUTUP.....	54
A. Kesimpulan.....	54
B. Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA.....	57
LAMPIRAN	
A. Jadwal Kegiatan	
B. <i>Informed Consent</i>	
C. Format Asuhan Keperawatan Keluarga	
D. Laporan Asuhan Keperawatan	
E. Bukti Bimbingan	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi .....	9
Tabel 2.2 Skala Untuk Menentukan Prioritas .....	31
Tabel 2.3 NOC Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga, Ketidakefektifan ....	36
Tabel 2.4 NIC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga .....	37
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	34

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	32
Gambar 3.1 Kerangka Alur .....	36
Gambar 4.1 Genogram .....	37

Agustina Rahmawati. (2020). Studi dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Hipeertensi  
Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Wahyu Ratna

### **Abstrak**

*Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan bagi salah satu anggota keluarga. Tujuan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan, diketahuinya karakteristik keluarga, diketahuinya gambaran masalah keperawatan, diketahuinya peran keluarga dalam penanganan anggota keluarga yang sakit hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Yogyakarta. Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan keperawatan pada tahun 2015. Hasil yang didapatkan dari kasus adalah masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi setelah dilakukan 3 hari perawatan. Setelah melakukan studi dokumentasi penulis mendapatkan gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga mengetahui karakteristik keluarga, mengetahui gambaran masalah keperawatan, dan mengetahui peran keluarga dalam penanganan anggota keluarga yang sakit hipertensi. Penulis dapat memberikan saran bagi Akper YKY untuk memberikan data asuhan keperawatan yang lebih lengkap untuk ke depannya dan penulis selanjutnya dapat melakukan studi dokumentasi dengan lebih baik.*

*Kata kunci : Hipertensi, Keluarga, Studi dokumentasi*

## DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, H.A., Komang. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta:Sagung Seto
- Ardiansyah, M. (2012) *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Jogjakarta: DIVA.
- Ariani, A.T., 2009. *Korelasi Pola Hubungan Orangtua-Anak dan Keberfungsian Keluarga dengan Perkembangan Anak Usia Prasekolah*. PhD thesis. Surakarta: Program Pasca Sarjana Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret.
- Arif, Muttaqin., 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan hematologi*. Salemba Medika, Jakarta.
- Bailon, S.G. & Maglaya, A. (1978). *Perawatan Kesehatan Keluarga: Suatu Pendekatan Proses (Terjemahan)*. Jakarta: Pusdiknakes
- Bell, K., Twigg, J., Olin, B.R., 2015. *Hypertension: The silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations*. Ala. Pharm. Assoc. 1–8. Diakses pada 13 Februari 2019 dari <http://www.depkes.go.id/article/view/18051600004/hipertensi-membunuh-diam-diam-ketahui-tekanan-darah-anda.html>
- Brunner & Suddarth. 2005. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta : EGC.
- Depkes. 2012. *Masalah Hipertensi di Indonesia*. Diakses pada 4April 2019 dari [www.depkes.go.id/pdf.php?id=1909](http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=1909)
- Dewi, K.T. *Penelitian Gambaran Pengetahuan Warga Tentang Hipertensi di RW 02 Sukarasa Kecamatan Sukasari*. Universitas Pendidikan Indonesia; 2013.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. 2016. Yogyakarta: Profil Kesehatan Kabupaten Bantul
- Doenges, M, (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan pasien*, Jakarta, EGC
- Friedman, M. M. (2010 & 2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Families, C.a.S.S., 2010. *The State of Victoria's Children 2010*. Victoria: Families, Communities and Social Support.p.257
- Jaya, N (2009). Faktor –faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat. Diakses tanggal 13 Februari 2019; pukul 11.20 (<http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/filedigital/Nandang%20Tisna.pdf>).

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman umum program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kowalak JP, Welsh W, Mayer B. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Alih bahasa oleh. Andry Hartono.
- Mubarak, IW. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Salemba. Medika. 6.
- Muhlisin Abi. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- NANDA. 2015-2017. *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2009). *Proses dan dokumentasi keperawatan konsep dan praktik*. Edisi 2. Jakarta. Salemba Medika.
- Padila. (2012 & 2013). *Buku Ajar : Keperawatan Keluarga Dilengkapi Aplikasi Kasus Askep Keluarga Terapi Herbal dan Terapi Modalitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2011:4-10, 15-29* Dalam Ndraha, S, 2014 *Diabetes Tipe II dan Tatalaksana Terkini*, Volume 27, No. 2, Agustus 2014:13.
- Pusat data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Infodatin Hipertensi*. Kementerian Kesehatan RI
- Rilantono, L. L. (2015). *Penyakit kardiovaskular (PKV) 5 rahasia*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI
- Ronny, S. F. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Dukungan Keluarga Dalam Pencegahan Primer Hipertensi; 2017*
- SIMPUS. 2019. *Puskesmas Gamping I Yogyakarta: Puskesmas Gamping I Tahun 2020*.
- SIRKESNAS. 2016. *Survei Indikator Kesehatan Nasional*. Jakarta: Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth*. (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Sudiharto. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : ECG
- Suparto. 2010. *Hubungan Faktor Risiko Penyakit Hipertensi pada Masyarakat di Kecamatan Jatipuro Kabupaten Karanganyar*. [Thesis]. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.

- Mahmudah, Maryusman dkk. 2015. *Hubungan Gaya Hidup Dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok Tahun.* diakses melalui <http://journals.ums.ac.id/index.php/biomedika/article/view/1899/1343>.
- Hernawan, Rosyid. 2017. *Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Di Panti Wreda Darma Bhakti Kelurahan Pajang Surakarta.* *JURNAL KESEHATAN*, ISSN 1979-7621, Vol. 10, No. 1. Juni 2017. <http://journals.ums.ac.id/index.php/JK/article/view/5489/3571>
- Setyawati, rawati dkk. 2016. *Perbedaan Pertumbuhan Anak Usia 0-12 Bulan Menurut Kondisi Rumah, Kebersihan Lingkungan Dan Perilaku Pengasuhan.* [https://www.researchgate.net/profile/rika\\_rachmalina/publication/323658101](https://www.researchgate.net/profile/rika_rachmalina/publication/323658101)
- Napirah, Rahman, dkk. 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso.* *Jurnal Pengembangan Kota (2016) Volume 4 No. 1 (29–39).* <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jpk/article/view/585>
- Sutrisno. (2013). *Pengaruh Edukasi Perawat Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Purwodadi Kabupaten Grobogan.* Diakses 13 Februari 2018, dari [http://digilib.fk.umy.ac.id/files/disk1/19/yoptumyfkpp-gdl-sutrisno1s-919-1-naskah\\_p-i.pdf](http://digilib.fk.umy.ac.id/files/disk1/19/yoptumyfkpp-gdl-sutrisno1s-919-1-naskah_p-i.pdf)
- Udjianti, W. J., 2011, *Keperawatan Kardiovaskular*, Seleba medika, jakarta.
- Yonata, A., Satria, A. 2016. *Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke.* Majority
- Yusuf, D.S. *Hubungan Dukungan Keluarga Dalam Diit Hipertensi Dengan Frekuensi Kekambuhan Hipertensi Padalansia Di Wilayah Kerja Posyandudesa Blimbing Sukoharjo.* Universitas Muhammadiyah Sukoharjo; 2016

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik melebihi 140/90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2015). Hipertensi adalah penyakit yang sering ditemukan pada masyarakat umum, penyakit ini tidak menular namun dapat menyebabkan kematian. Hipertensi sering tidak diketahui dan ditemukan tanpa gejala sehingga disebut sebagai pembunuh tersembunyi atau silent killer (Dewi, 2013).

Hipertensi telah mempengaruhi orang diseluruh dunia, sekitar 970 juta orang di dunia memiliki tekanan darah tinggi (Bell et al., 2015). Prognosis menunjukkan bahwa sekitar pada tahun 2025 jumlah penderita hipertensi di dunia akan meningkat hingga 29% (Salles et al., 2014).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2013 menunjukkan bahwa penderita hipertensi terdapat sebesar 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia dan terdapat 3 juta di antaranya meninggal setiap tahunnya. Prevalensi tertinggi di wilayah Afrika yaitu sebesar 30% dan prevalensi terendah terdapat di wilayah Amerika 18%.

Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia menyatakan hipertensi terjadi pada kelompok umur 31–34 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun

(55,2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi minum obat serta yang tidak minum obat 32,3%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapat pengobatan.

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (2016), laporan kunjungan pasien Puskesmas di Kab. Sleman, pada tahun 2010-2015 diketahui bahwa hipertensi selalu menjadi 3 besar kunjungan terbanyak, dari laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Puskesmas di DIY pada tahun 2012 kasus untuk penyakit hipertensi sebanyak 29.546 kasus. (SIMPUS Puskesmas Gamping 1).

Kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dari hasil studi pendahuluan pada Agustus 2019 diperoleh data sepanjang tahun 2019 penduduk penderita hipertensi primer di Puskesmas Gamping I sebanyak 1.541 orang, dengan lansia perempuan yang memeriksakan diri ke Puskesmas sebanyak 208 orang dan lansia laki-laki sebanyak 175 orang (Alfiana, 2019). Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018). Pada umumnya, kejadian hipertensi banyak terjadi pada penduduk berusia lanjut namun

tidak menutup kemungkinan penduduk usia remaja hingga dewasa juga dapat mengalami penyakit hipertensi karena gaya hidup dalam keluarga yang kurang sehat sehingga dapat memicu hipertensi pada anggota keluarga tersebut. Hipertensi kini telah menjadi penyakit degeneratif yang diturunkan kepada anggota keluarga yang memiliki riwayat kejadian hipertensi (Kemenkes, 2018). Sehingga dalam hal ini dampak bagi keluarga harus bisa memodifikasi gaya hidup menyesuaikan keluarga yang menderita hipertensi dan untuk pencegahan hipertensi terhadap anggota keluarga yang lain.

Rusdinah (2017) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa penyakit hipertensi dapat dicegah dengan motivasi yang kuat dan didukung dengan perilaku yang baik dari penderita hipertensi untuk mencegah terjadinya komplikasi, seperti memodifikasi gaya hidup contohnya menjalankan pola makan sesuai dengan diet hipertensi, berhenti minum alkohol, merokok, menghindari stress berat.

Jenis-jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Gamping 1 meliputi poli umum, ruang tindakan, poli lansia, poli gigi, layanan konsultasi gizi, poli KIA, pelayanan KB, pelayanan laboratorium, pelayanan farmasi/obat, fisioterapi, psikologi, sanitasi, dan Prolanis (pengelolaan penyakit kronis). Kegiatan Prolanis di Puskesmas Gamping 1 meliputi pengobatan dan cek kesehatan yang dilakukan tiap bulan pada minggu pertama di hari Rabu. (Alfiana, 2019) dan juga posyandu lansia setiap satu bulan sekali.

Dalam pelaksanaan program pengendalian tekanan darah pada penderita hipertensi, proses keluarga merupakan sesuatu yang berarti. Penderita hipertensi yang mengalami keberhasilan dalam proses keluarga cenderung lebih mudah mengikuti anjuran medis daripada penderita yang proses keluarganya kurang berjalan (Friedman, 2010).

Upaya yang dilakukan Puskesmas Gamping 1 untuk menangani kasus hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 ini dengan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), dan promotif (peningkatan kesehatan). Upaya yang harus difokuskan dalam masyarakat adalah upaya promotif dan preventif untuk mencegah bertambahnya penderita, tidak mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif .

Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan berguna untuk memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut (Kozier,2010). Adanya informasi yang benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat ( Sustrani dalam Kurniapuri & Supadmi, 2015).

Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga karena keluarga tidak mampu dalam melakukan perawatan di dalam keluarga apabila ada keluarga yang sakit, maka dibutuhkan pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam proses keluarga, suatu program

pengobatan penyakit yang tidak memuaskan untuk memnuhi kesehatan tertentu

Mengenai hal diatas, penulis tertarik untuk mengambil judul Gambaran Ketidakefektifan Managemen Keluarga dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1 Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi ?

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### 1. Tujuan Umum :

Mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

### 2. Tujuan Khusus :

Diketahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

- e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

#### **D. Ruang Lingkup**

Laporan analisa keperawatan ini termasuk dalam mata ajar keperawatan keluarga. Penelitian dilakukan pada keluarga Tn. M dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang telah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

##### 1. Teoritis

Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi penulis.

##### 2. Manfaat praktis

###### a. Bagi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Diharapkan dapat menambah keluasan ilmu referensi selanjutnya khususnya bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.

###### b. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan pendokumentasian asuhan

keperawatan pada ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Dasar**

##### **1. Hipertensi**

###### **a. Definisi Hipertensi**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri (Udjianti WJ, 2011). Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah (Muttaqin A, 2009). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Peningkatan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan diastolik  $\geq 90$  mmHg (Ardiansyah, 2012).

## b. Etiologi

Sekitar 90% hipertensi dengan penyebab yang belum diketahui pasti disebut dengan hipertensi primer atau esensial, sedangkan 7% disebabkan oleh kelainan ginjal atau hipertensi renalis, dan 3% disebabkan oleh kelainan hormonal atau hipertensi hormonal dan penyebab lain (Muttaqin A, 2009).

Sebagai faktor predisposisi dari hipertensi esensial adalah penuaan, riwayat keluarga, asupan lemak jenuh atau natrium yang tinggi, obesitas, ras, gaya hidup yang menuntut sering duduk dan tidak bergerak, stress, merokok (Kowalak JP, Welsh W, Mayer B, 2011).

## c. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut WHO (*World Health Organization*) dan ISH (*International Society of Hypertension*) mengelompokkan hipertensi sebagai berikut:

Tabel 2.3 Kalsifikasi Hipertensi Menurut WHO – ISH

Kategori	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan darah diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal – tinggi	130- 139	85-89
Grade 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub – groub : perbatasan	140-149	90-94
Grade 1 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Grade 3 (hipertensi berat)	>180	>110
Hipertensi sitolik terisolasi	≥140	<90
Sub – groub : perbatasan	140-149	<90

Sumber: Suparto (2010)

#### **d. Manifestasi Klinis**

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

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah interaknium.
- 2) Penglihatan kabur karena terjadi kerusakan pada retina sebagai dampak dari hipertensi.
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena terjadi kerusakan susunan saraf pusat.
- 4) Nokturia (sering berkemih di malam hari) karena adanya peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi *glomelurus*.
- 5) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

#### **e. Faktor Resiko**

Menurut Fauzi (2014), jika saat ini seseorang sedang perawatan penyakit hipertensi dan pada saat diperiksa tekanan darah seseorang tersebut dalam keadaan normal, hal itu tidak menutup kemungkinan tetap memiliki resiko besar mengalami hipertensi kembali. Hipertensi memiliki beberapa faktor resiko diantaranya yaitu :

- 1) Keturunan, faktor ini tidak bisa diubah. Jika di dalam keluarga orang tua atau saudara memiliki tekanan darah tinggi maka dugaan hipertensi menjadi besar
- 2) Usia, semakin bertambahnya usia semakin besar pula resiko untuk menderita tekanan darah tinggi.
- 3) Konsumsi garam, terlalu banyak garam (sodium) dapat menyebabkan tubuh menahan cairan yang meningkatkan tekanan darah.
- 4) Kafein, setiap cangkir kopi mengandung 75 – 200 mg kafein, yang berpotensi meningkatkan tekanan darah 5 – 10 mmHg.
- 5) Alkohol, merusak jantung dan juga pembuluh darah. Ini menyebabkan tekanan darah meningkat.
- 6) Kurang olahraga, kurang olahraga dan kurang gerak dapat menyebabkan tekanan darah meningkat.
- 7) Stress dan kondisi emosi tidak stabil seperti cemas. Jika stress berlalu maka tekanan darah akan normal.

#### **f. Patofisiologi Hipertensi**

Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Tekanan darah membutuhkan aliran darah melalui pembuluh darah yang ditentukan oleh kekuatan pompa jantung. Sedangkan

cardiac output dan tahanan perifer dipengaruhi oleh faktor-faktor yang saling berinteraksi yaitu natrium, stress, obesitas, genetik, dan faktor risiko lainnya.

Menurut Anies 2010 (dikutip dari trend disease) peningkatan tekanan darah melalui mekanisme :

1. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan darah lebih banyak cairan setiap detiknya.
2. Arteri besar kelenturannya dan menjadi kaku sehingga tidak dapat mengembang saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut
3. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi dapat meningkatkan tekanan darah.

**g. Penatalaksanaan**

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

a. Terapi Farmakologi

1. Hidroklorotiazid (HCT) 12,5 – 25 mg perhari dengan dosis tunggal pada pagi hari
2. Reserpin 0,1 – 0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal
3. Propanolol 10 mg 2 kali sehari yang dapat di naikkan 20 mg 2 kali sehari
4. Kaptopril 12,5 – 25 mg sebanyak 2 – 3 kali sehari
5. Nifedipin 5 mg 2 kali sehari

b. Terapi Non Farmakologis

- 1) Menurunkan berat badan sampai batas ideal
- 2) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, kadar kolestrol tinggi
- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium klorida setiap harinya
- 4) Mengurangi konsumsi alkohol
- 5) Berhenti merokok
- 6) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat

**h. Komplikasi Hipertensi**

Stroke timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarai otak mengalami hipertropi dan menebal, arteri di otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Corwin, 2005)

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplay cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi

iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga dapat disritma, hipoksia jantung, peningkatan resiko pembentukan bekuan ( Corwin, 2002).

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin (Corwin, 2010)

Gagal jantung ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembali ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki, jaringan lain sering disebut edema. Cairan di dalam paru menyebabkan sesak nafas, timbunan cairan di tungkai menyebabkan kaki bengkak atau edema ( Amir, 2012).

## **2. Konsep Keluarga dan Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **a. Definisi keluarga**

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Friedman, 2013).

## **b. Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman (1998) dalam Komang (2010), 7 fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

### 1) Fungsi afektif

Respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang di alami tiap anggota keluarga dalam mengekspresikan kasih sayang dan saling menghormati

### 2) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam cara keluarga-keluarga berinteraksi dengan masyarakat.

### 3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan cara keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga, membawa anggota keluarga yang sakit ke Rumah Sakit.

### 4) Fungsi ekonomi

Keluarga mencari penghasilan guna memenuhi kebutuhan sandang, papan, pangan dan kebutuhan lainnya, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi biologis

Fungsi biologis bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

6) Fungsi psikologis

Fungsi psikologis, terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga

7) Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

**c. Struktur Keluarga**

Struktur Keluarga menurut Muslihin (2014) sebagai berikut :

- 1) Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- 2) Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

- 3) Patrilocak adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah
- 4) Matrilocak adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- 5) Keluarga perkawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga dan beberapa keluarga karena adanya hubungan suami istri.

**d. Tipe atau bentuk Keluarga .**

- 1) *Reconstituted Nuclear* Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- 2) *Niddle Age/Aging Couple* Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/ meniti karier.
- 3) *Dyadic Nuclear* Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.
- 4) *Single Parent* Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

- 5) *Dual Carrier* Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.
- 6) *Commuter Married* Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
- 7) *Single Adult* Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.
- 8) *Three Generation* Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.
- 9) *Institutional* Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.
- 10) *Comunal* Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.
- 11) *Group Marriage* Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- 12) *Unmarried Parent and Child* Yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- 13) *Cohibing Couple* Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

14) *Gay and Lesbian Family* Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

**e. Tahap – tahap perkembangan keluarga**

1) Tahap I ( Keluarga dengan pasangan baru )

Pembentukan pasangan menandakan pemulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai kehubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut sebagai tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan, perencanaan keluarga (Friedman, 2010).

2) Tahap II (*Childbearing family*)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci menjadi siklus kehidupan keluarga. Tugas perkembangan tahap II adalah membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil ( menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas hubungan dengan hubungan dengan keluarga besar dengan menambah peran menjadi orang tua dan menjadi kakek/nenek (Friedman, 2010).

### 3) Tahap III (Keluarga dengan anak prasekolah)

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2½ tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga tahap III adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang, privasi dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak, mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, mempertahankan hubungan yang sehat didalam keluarga dan diluar keluarga (Friedman, 2010).

### 4) Tahap IV (Keluarga dengan anak sekolah)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga maksimal dan hubungan keluarga pada tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV adalah menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan restasi, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Friedman, 2010).

#### 5) Tahap V (Keluarga dengan anak remaja)

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama, jika anak tetap tinggal dirumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Tujuan utama pada keluarga pada tahap anak remaja adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda (Friedman, 2010).

#### 6) Tahap VI ( keluarga melepaskan anak dewasa muda)

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tugas keluarga pada tahap ini adalah memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami dan istri yang sudah menua dan sakit (Friedman, 2010).

7) Tahap VII (Orang tua paruh baya)

Merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orangtua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan (Friedman, 2010).

8) Tahap VIII (Keluarga lansia dan pensiunan)

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai salah satu kehilangan pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan lain. Tujuan perkembangan tahap keluarga ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan (Friedman, 2010).

**f. Asuhan Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi

pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan perencanaan, perencanaan asuhan dan penilaian (Padila, 2012).

#### 1) Pengkajian

Menurut Ardiansyah (2012), pada pemeriksaan riwayat kesehatan klien dengan hipertensi, biasanya didapat adanya riwayat peningkatan tekanan darah, adanya riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, dan riwayat minum obat antihipertensi.

Data dasar pengkajian pada klien hipertensi menurut Doengoes (2012) dalam Wijaya dan Putri (2013), yaitu:

##### a) Aktivitas / istirahat

Gejala: kelemahan, letih.

Tanda: frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung.

##### b) Sirkulasi

Gejala: riwayat hipertensi : TD > 140/90 mmHg.

Tanda: kenaikan tekanan darah

##### c) Integritas ego

Gejala: riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi.

Tanda: letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

## d) Eliminasi

Gejala: gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.

## e) Makanan / cairan

Gejala: makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol.

Tanda: BB normal atau obesitas, adanya edema.

## f) Neurosensori

Gejala: keluhan pusing/ kening, sakit kepala, berdenyut sakit kepala, berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis.

Tanda: perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggaman, perubahan retinal optic.

## g) Nyeri/ ketidaknyamanan

Gejala: nyeri kepala oksipital berat

## h) Pernafasan

Gejala: dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipnea, batuk dengan atau tanpa sputum.

Tanda: distress respirasi/ penggunaan otot bantu aksesoris pernapasan, bunyi napas tambahan, sianosis.

## i) Keamanan

Gejala: gangguan koordinasi, cara jalan.

Tanda: episode parestesia unilateraltransien, hipotensi postural

## j) Pembelajaran / penyuluhan

Gejala: faktor risiko keluarga: hipertensi Menurut Nursalam (2009) ada tiga metode yang dapat digunakan dalam pengumpulan data (informasi) dari keluarga yaitu dengan metode wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik. Selain dengan ketiga metode tersebut juga dapat diperoleh dari studi dokumentasi yaitu melihat laporan rekam medis klien yang ada di Puskesmas setempat.

Menurut Setyowati dan Murwani (2008) hal-hal yang perlu digali dalam pengkajian antara lain:

- (1) Data umum meliputi: nama KK, alamat, pekerjaan KK, pendidikan KK, umur, dan komposisi keluarga.
- (2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
  - (a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap dan tugas perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga lanjut usia. Tahap terakhir dari siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal dan berakhir dengan pasangan lain yang meninggal.

- (b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala.

(c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan hipertensi, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, pencegahan penyakit, pelayanan dan kesehatan.

**2) Diagnosis Keperawatan Keluarga**

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman (Friedman, 2010). Tipologi dari diagnosis keperawatan adalah (Udjianti, 2010):

- a) Diagnosis keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)
- b) Diagnosis keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan
- c) Diagnosis keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

### 3) Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan meliputi: memprioritaskan masalah, menentukan tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Dalam perencanaan tindakan melibatkan keluarga perlu dilakukan, karena pada dasarnya keberhasilan asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan tergantung dengan keluarga sendiri. Masalah keperawatan yang muncul di kasus telah diprioritaskan berdasarkan teori Bailon dan Maglaya (1978) dalam Ns. Komang (2010) :

#### a) Prioritas

Prioritas adalah penentuan masalah dari skor tertinggi hingga yang paling rendah, skor paling tertinggi adalah 5. Proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan (Padila, 2012) :

- (1) Tentukan skornya sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat.
- (2) Skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Skor yang diperoleh  $\text{Skor tertinggi} \times \text{Bobot}$ .

Tabel 2.4 Penentuan Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

KRITERIA	SKOR	BOBOT
Sifat masalah	3	
Aktual	2	1
Risiko	1	
Potensial		
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	
Mudah	1	2
Sebagian	0	
Tidak dapat		
Potensi masalah untuk dicegah	3	
Tinggi	2	1
Cukup	1	
Rendah		
Menonjolnya masalah	2	
Segera diatasi	1	1
Tidak segera ditasi	0	
Tidak dirasakan adanya masalah		

Sumber : Padila, 2012

#### 4) Tujuan

Menurut Ns. Komang (2010), tujuan terdiri dari tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum/ tupan) mengacu pada bagaimana mengatasi *problem/* masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus/ tupen) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S = spesifik, M = *measurable/* dapat diukur, A = *achievable/* dapat dicapai, R = *reality*, T = *time limited/* punya limit waktu).

#### 5) Intervensi

Intervensi meliputi observasi, *nursing treatment*, edukasi, kolaborasi. Intervensi Model Keluarga Calgary adalah suatu

pengorganisasian kerangka untuk membentuk konsep hubungan antara keluarga dan perawat yang membantu perubahan yang terjadi dan diawali penyembuhan.

## **6) Implementasi**

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Menurut Setyowati dan Murwani (2009) dalam bukunya *Asuhan Keperawatan Keluarga*, menyebutkan hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan tindakan keperawatan keluarga antara lain:

- a) Partisipasi keluarga, mengikutsertakan anggota keluarga dalam sesi-sesi konseling, suportif, dan pendidikan kesehatan.
- b) Penyuluhan, upaya-upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau terciptanya suatu kondisi bagi perorangan,

kelompok atau masyarakat untuk menerapkan cara-cara hidup sehat.

- c) *Konseling*, yaitu pembimbingan dalam proses memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
- d) *Kontrak*, persetujuan kerja antara kedua belah pihak yaitu kesepakatan antara keluarga dan perawat dalam kesepakatan dalam asuhan keperawatan.
- e) *Managemen kasus* yaitu strategi dan proses pengambilan keputusan melalui langkah pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (rujukan, koordinasi dan advokasi).
- f) *Kolaborasi*, kerjasama perawat bersama tim kesehatan yang lain dan merencanakan perawatan yang berpusat pada keluarga.
- g) *Konsultasi*, merupakan kegiatan untuk memberikan pendidikan kesehatan.

## **7) Evaluasi**

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga (Sugiarto,2012). Untuk penilain keberhasilan tindakan maka selanjutnya dilakukan panilaian. Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu

dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subyektif,obyektif,analisa, dan planing) (Padila,2012).

### **3. Ketidakefektifan Management Kesehatan Keluarga**

Taksonomi diagnosa keperawatan (domain 1, kelas 2, kode 00080)

#### a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan kesehatan tertentu (Nanda, 2015)

#### b. Batasan karakteristik (Nanda, 2015-2017)

- 1) Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga.
- 2) Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko
- 3) Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan.
- 4) Ketidapatuhan aktifitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan
- 5) Kurang perhatian pada penyakit

#### c. Faktor yang berhubungan (Nanda, 2015)

- 1) Kerumitan regimen terapeutik
- 2) Kerumitan pelayanan kesehatan
- 3) Kesulitan ekonomi
- 4) Konflik keluarga
- 5) Konflik pengambilan keputusan

## d. Intervensi

Menurut *Nursing Outcomes Classification* (NOC, 2013)

kriteria hasil dari ketidakefektifan manajemen keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.3 NOC Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga, Ketidakefektifan

NOC	Indikator
Normalisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga</li> <li>2. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan anggota yang terkena dampak</li> <li>3. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga</li> <li>4. Memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga</li> <li>5. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga</li> </ol>
Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat</li> <li>7. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak</li> </ol>
Dukungan keluarga selama perawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Membentuk lingkungan yang digunakan untuk menghindari rasa malu yang menghinggapi anggota yang terkena dampak</li> <li>1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan</li> <li>2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan</li> <li>3. Memperoleh informasi yang diperlukan</li> <li>4. Bekerja sama dalam menentukan perawatan</li> <li>5. Berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan</li> <li>6. Mengevaluasi efektifitas perawatan</li> <li>1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit</li> <li>2. Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit</li> <li>3. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit</li> <li>4. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit</li> <li>5. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan</li> <li>6. Memberikan informasi yang akurat kepada anggota keluarga yang lain</li> </ol>

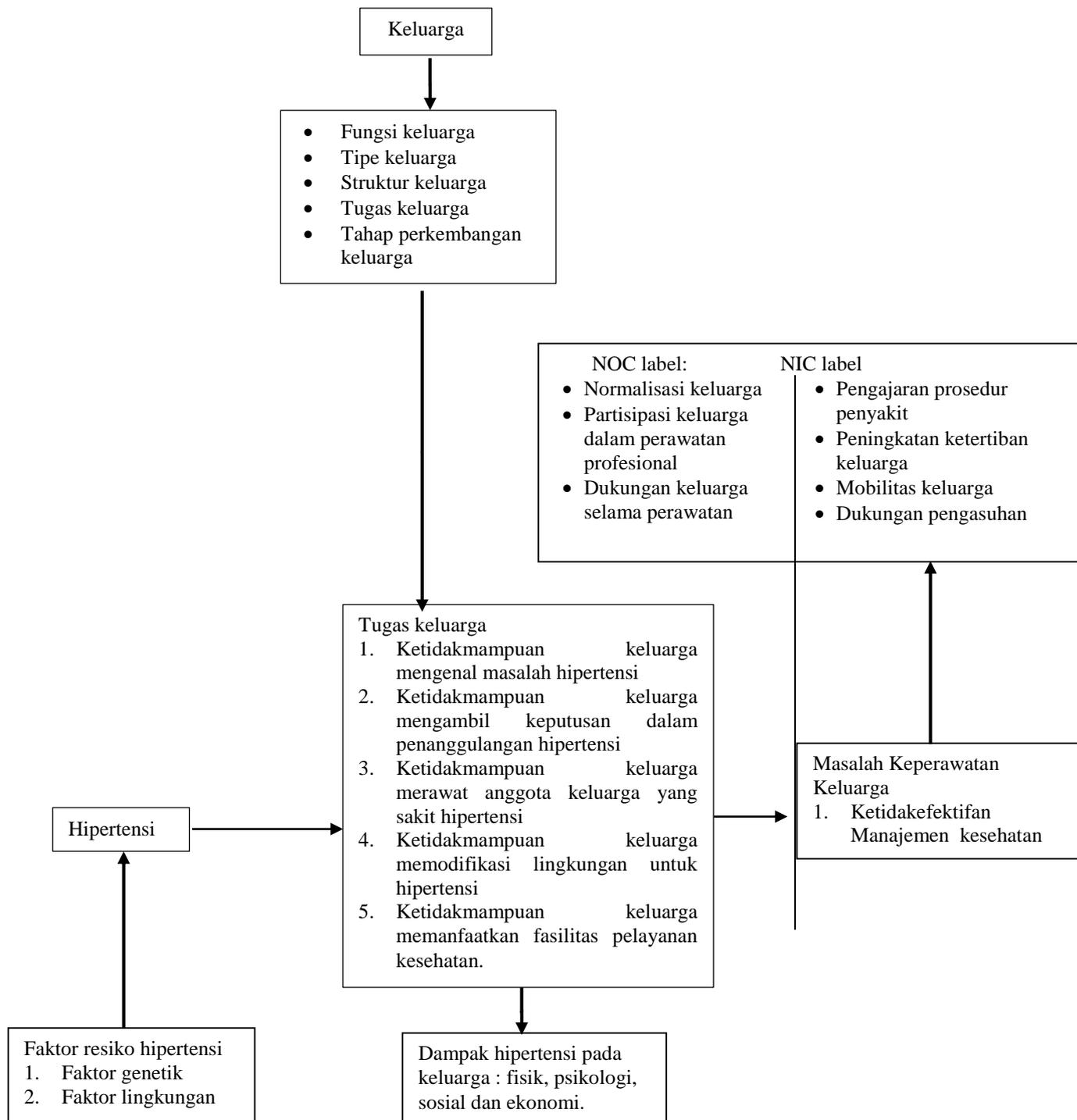
Sumber: *Nursing outcome classification* 2013

Tabel 2.4 NIC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

NIC	Intervensi:
Pengajaran prosedur perawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan pada pasien atau orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan di lakukan</li> <li>2. Kaji pengalaman pasien sebelum dan tingkat pengetahuan pasien terkait tindakan yang akan di lakukan</li> <li>3. Ajarkan pada pasien bilaharus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut</li> <li>4. Diskusikan pilihan tindakan yang memungkinkan</li> <li>5. Libatkan keluarga jika memungkinkan</li> </ol>
Peningkatan ketertiban keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan</li> <li>2. Ciptakan budaya fleksibel untuk keluarga</li> <li>3. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien</li> <li>4. Antifikasi dan antisipasi kebutuhan keluarga</li> </ol>
Mobilitas keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga</li> <li>2. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga</li> <li>3. Tentukan kekuatan dan sumber daya keluarga untuk belajar</li> <li>4. Ajarkan pemberi perawatn di rumah mengenai terapi pasien yang sesuai ketidak efektifan manajemen manajemen kesehatan keluarga</li> </ol>
Dukungan pengasuhan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat pengetahuan <i>caregiver</i></li> <li>2. Mengkaji tingkat penerimaan <i>caregiver</i>terkait dengan perannya</li> <li>3. Menerima ekspresi negatif <i>caregiver</i></li> <li>4. Tidak menyepelkan peran sulit <i>caregiver</i></li> <li>5. Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan <i>caregiver</i></li> </ol>

Sumber: *Nursing interventions classification* 2013

## B. Kerangka Teori



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Studi Kasus**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

#### **B. Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah salah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

#### **C. Lokasi dan Waktu Studi Dokumentasi**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah menggunakan dokumen asuhan keperawatan yang terlampir dalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang lulus tahun 2018 tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi di Puskesmas Gamping I Yogyakarta

#### D. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional
1.	Hipertensi	Tekanan darah tinggi, dimana tekanan darah sistol $\geq 130$ dan diastole lebih dari $\geq 60$ mmHg saat diukur oleh perawat pada anggota keluarga
2.	Keluarga	Sekumpulan orang yang tinggal satu rumah dalam. ikatan pernikahan, darah dan saling kebergantungan di Dusun Mancasan, Ambarketawang
3.	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga	Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga untuk penanganan dan pengobatan hipertensi yang tidak memuaskan dalam perawatan anggota keluarga yang menderita hipertensi.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

#### E. Instrumen Studi Dokumentasi

Pada penelitian studi dokumentasi ini, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri dengan alat tulis dan dokumen kasus. Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

#### F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah

mahasiswa yang sudah lulus pada tahun antara tahun 2010 sampai dengan tahun 2019.

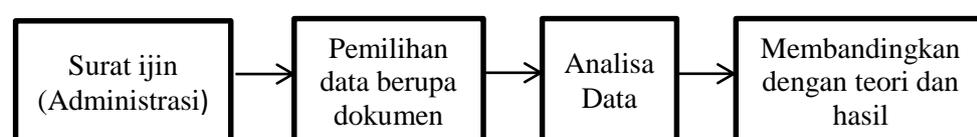
### G. Analisa Data

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif- kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan

### H. Etika Penulisan

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi partisipan) yaitu untuk persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien dan keluarga.
2. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan) yaitu untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama partisipan atau keluarga tetapi lembar tersebut diberikan kode.
3. *Confidentially* (kerahasiaan) adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi pasien, dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan pasien.

### I. Kerangka Alur Penelitian

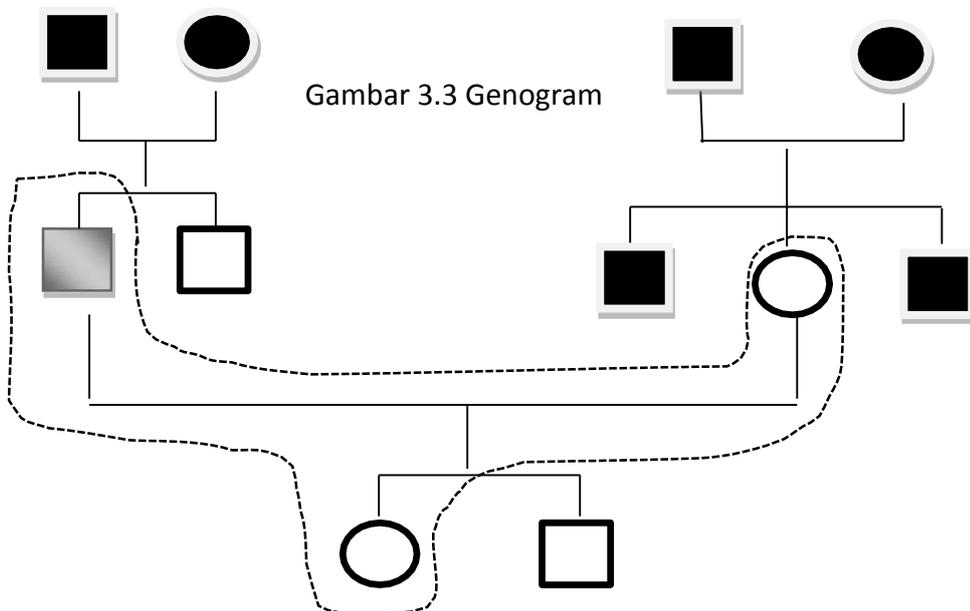


## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. HASIL

Hasil pengkajian didapatkan data keluarga Tn. M dengan tipe keluarga inti, Tn. M (65 tahun) dan Ny. N (70 tahun) dan 2 orang anak yaitu Nn.T (42 tahun), Tn.W (36 tahun). Mereka tinggal di Marcasan, Ambarketawang, Gamping Sleman. Pendidikan terakhir Tn. M tidak bersekolah. Tn. M berprofesi sebagai buruh harian lepas, keluarga Tn.M beragama islam. Tn. M menderita hipertensi, Nn.T menderita penyakit bronkitis.



Hasil dari data asuhan keperawatan, pengkajian pada keluarga Tn.M tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga didapatkan data bahwa Tn. M menderita penyakit hipertensi. dan saat dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil tekanan darah Tn. M = 150/90 mmHg. Dari hasil pengkajian diperoleh data bahwa Tn.M menderita hipertensi tapi belum mengerti apa itu hipertensi, keluarga belum mampu merawat anggota yang sakit, jarang sekali berolahraga. Tn.M mengatakan senang sekali makan makanan yang berminyak seperti goreng-gorengan dan makanan yang asin padahal Tn.M mengidap penyakit hipertensi dan mengatakan kadang merasa pusing dan cepat sekali lelah. Tn. M mengatakan tidak pernah kontrol ataupun cek tekanan darah di pelayanan kesehatan atau puskesmas. Tn. M mengatakan jika merasa sakit atau tidak enak badan hanya minum obat warung batau beristirahat dirumah aja. Diperoleh data dari keluarga bahwa Nn.T mengidap penyakit Bronchitis dari 2008 yang lalu, bronchitisnya kambuh pada saat udara dingin dan merasakan sesak nafas dan hanya minum obat yang diberikan pada saat kontrol ke rumah sakit. Hasil dari skoring didapatkan diagnosa utama adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan jumlah skor 5.

Rencana keperawatan dengan tujuan untuk mencapai ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan tujuan panjang manajemen kesehatan keluarga menjadi efektif. Dan tujuan

pendek yang pertama diharapkan keluarga mampu mengenal masalah dengan kriteria hasil : Tn.M mampu menyebutkan pengertian apa itu hipertensi dengan bahasa nya sendiri , Tn.M mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda gejala hipertensi dengan bahasanya sendiri dengan baik dan benar. Tujuan pendek yang kedua yaitu Tn.M mampu mengambil keputusan dengan KH : Tn. M mampu mengambil keputusan dengan benar yaitu memeriksakan diri ke puskesmas. Tujuan pendek yang ketiga yaitu Tn.M mampu merawat dengan kriteria hasil : Tn. M mampu menyebutkan kembali diit Hipertensi (Rendah Garam) Keluarga, Tn.M menyediakan makanan rendah garam. Keluarga Tn.M mampu mendemonstrasikan senam Hipertensi. Tujuan pendek yang ke empat yaitu diharapkan keluarga mampu menciptakan lingkungan yang kondusif dengan Kriteria Hasil : Rumah tampak bersih, Keluarga mampu menjelaskan kembali manfaat rumah yang bersih, Prabotan tertata dengan rapi. Tujuan pendek yang kelima adalah harapkan keluarga Tn.M mampu memanfaatkan fasilitas dengan Kriteria Hasil : Keluarga Tn. M mampu menyebutkan manfaat kontrol rutin pelayanan kesehatan dengan bahasa nya sendiri, keluarga Tn.M kontrol ke pelayan kesehatan 1x sebulan. Diharapkan tujuan tersebut dapat tercapai dengan dilakukan rencana keperawatan yaitu Kontrak waktu dengan keluarga, memberikan penyuluhan tentang hipertensi kepada Tn.M, Memotivasi keluarga Tn. M untuk memeriksakan diri secara rutin ke puskesmas, Menjelaskan cara

merawat diri dengan memberikan penjelasan diit dari hipertensi, Ajarkan Senam HT, Jelaskan manfaat rumah bersih, demonstrasikan kepada keluarga cara membersihkan rumah. demonstrasikan kepada keluarga cara penataan perabotan Motivasi keluarga untuk membersihkan rumah setiap hari.

Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 2 juni 2015 yaitu kontrak waktu dengan keluarga, memotifasi keluarga Tn.M untuk memriksakan diri ke puskesmas, menjelaskan cara merawat diri dengan memberikan penjelasan diit dari hipertensi, mengajarkan senam Hipertensi, menjelaskan manfaat rumah yang bersih, memotifasi untuk membersihkan rumah setiap hari, dilakukan demonstrasi kepada keluarga cara penataan perabotan rumah, memotifasi keluarga jika sudah merasakan sakit harus segera di bawa ke pelayanan kesehatan atau rumah sakit.

Hasil evaluasi akhir tersebut adalah data subjektif yaitu keluarga Tn.M mengatakan sudah mengetahui sedikit tentang hipertensi, keluarga mengatakan apabila hipertensi kambuh kontrol ke puskesmas, keluarga mengatakan sudah mengetahui diit apa saja yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi yaitu makan makanan yang mengandung garam, Tn.M mengatakan bila keadaan rumah sudah kotor akan dibersihkan. Data objektif keluarga tampak antusias dan akan kontrol rutin 1 bulan sekali, rumah keluarga Tn.M tampak belum bersih dan tidak nyaman, Tn.M mampu menjelaskan

kembali diit untuk hipertensi, Tn.M mampu menyebutkan pengertian dan tanda gejala hipertensi. Assesment masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi dan planning dihentikan.

## **B. Pembahasan**

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan teori Maglaya dalam IPKKI (2017) yang menyebutkan bahwa pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki 2 tahapan, tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga dan tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga. Pengkajian pada kasus dapat dikatakan sudah baik karena pengkajian yang berfokus pada hipertensi individu dan juga pengkajian 5 tugas kesehatan keluarga sudah dijabarkan dengan cukup jelas. Variabel data yang mencakup identitas, kondisi kesehatan anggota keluarga, data kesehatan lingkungan, struktur keluarga (peran, nilai, komunikasi, kekuatan), riwayat dan tahap perkembangan keluarga, dan fungsi keluarga juga sudah dikaji dengan baik dan cukup lengkap. Pengkajian tahap perkembangan keluarga tidak tepat karena pada keluarga Tn.M pada tahap keluarga usia remaja / tahap V karena anak terakhir dari keluarga tersebut belum menikah dan masih tinggal serumah dengan orangtua. Penggambaran genogram sudah cukup baik dengan adanya simbol jenis kelamin, garis keturunan, simbol untuk anggota keluarga yang meninggal, simbol tinggal serumah, hanya saja tidak dengan

nama dan usia anggota keluarga, bagaimana hubungan personal antar anggota keluarga.

## 2. Diagnosa

Berdasarkan teori NANDA (2015) ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu yang dengan batasan karakteristiknya antara lain ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko, dan kurang perhatian pada penyakit. Begitu pula yang dikemukakan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) bahwa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga dengan gejala mayor diantaranya keluarga mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan dan gejala penyakit semakin memberta sedangkan gejala minornya adalah gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko.

Keluarga Tn. M mengatakan belum mengerti tentang makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi dan masakan yang dihidangkan dalam keluarga dimasak

oleh Ny.N dengan tidak mengurangi pemberian garam pada masakan. Hal ini sesuai dengan teori Mapagerang, R., dkk (2018) yang menyatakan jika pengetahuan responden tentang cara mengontrol diet rendah garam kurang maka cenderung mengkonsumsi makanan yang tinggi garam tanpa memperdulikan kesehatan tubuhnya, begitupun sebaliknya jika pengetahuan responden baik tentang cara mengontrol diet rendah garam maka responden akan mencegah atau menghindari makanan yang tinggi garam. Tn.M mengatakan belum melakukan senam hipertensi. Hal tersebut sangat disayangkan karena seperti dalam penelitian Thei, A.D.S., dkk. (2017) menyatakan bahwa ada pengaruh senam ergonomik terhadap penurunan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi.

Tn. M batasan karakteristik dan tanda gejala yang muncul adalah kegagalan mengurangi faktor resiko dan ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan dibuktikan dengan tekanan darah Tn. M yang tinggi saat dilakukan pengukuran tekanan darah, pernyataan dari Tn.M bahwa mereka tidak pernah melakukan senam hipertensi maupun aktivitas olahraga yang lain. Sehingga perumusan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah tepat didukung batasan karakteristik yang sesuai dengan NANDA (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI(2017).

Tn. M mengatakan belum mengerti tentang makanan diit untuk penderita hipertensi. Hal ini sesuai dengan teori Mapagerang, R., dkk (2018) yang menyatakan jika pengetahuan responden tentang cara mengontrol diet rendah garam kurang maka cenderung mengkonsumsi makanan yang tinggi garam tanpa memperdulikan kesehatan tubuhnya, begitupun sebaliknya jika pengetahuan responden baik tentang cara mengontrol diet rendah garam maka responden akan mencegah atau menghindari makanan yang tinggi garam. Keluarga Tn.M belum bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan dibuktikan dengan Nn.T jarang sekali memeriksakan penyakit bronchitisnya setelah di rawat di rumah sakit tahun 2008, dibuktikan dengan penelitian (Nampirah, 2016) hasil uji Chisquare menunjukkan bahwa persepsi masyarakat tentang kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan.

Manfaat Keperawatan dalam keluarga Tn. M mengatakan kondisi ekonomi keluarga merasa tercukupi namun dalam kehidupan sehari hari cukup. Hal ini sejalan dengan penelitian Conen, D. (2009) menjelaskan bahwa status sosial ekonomi yang rendah dapat menyebabkan hipertensi karena adanya pengaruh akses ke pelayanan berkualitas, diet, dukungan sosial, stres emosional, dan lingkungan tetangga yang tidak menguntungkan.

Peran keluarga Tn.M belum mengerti tentang penyakit hipertensi, kemampuan mengambil keputusan sudah terpenuhi

dibuktikan dengan apabila salah satu keluarga sakit langsung dibawa ke puskesmas atau pelayanan kesehatan terdekat, tetapi dalam merawat keluarga yang sakit keluarga belum mampu merawat keluarga yang sakit dibuktikan dengan Tn.M belum mengetahui apa itu hipertensi, belum mengetahui diet yang baik untuk penyakit hipertensi dan kurangnya dukungan dari keluarga. Hal ini juga di dukung dalam penelitian Fuady, N.R.A. (2017) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup, dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan hipertensi sehingga dapat mencapai tujuan dari pengobatan hipertensi itu sendiri. Tn.M juga belum mengetahui tentang senam hipertensi. Hal ini di dukung dengan penelitian Thei, A.D.S., dkk. (2017) menyatakan bahwa dengan melakukan senam hipertensi dapat melancarkan sirkulasi darah, melancarkan suplai oksigen keseluruhan tubuh dan dapat mencapai relaksasi yang maksimal sehingga dapat berpengaruh terhadap tekanan darah. Dalam menciptakan keluarga yang kondusif keluarga Tn.M juga belum terpenuhi dibuktikan dengan rumah tampak kotor lantai tampak penuh dengan debu, untuk kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan belum terpenuhi dibuktikan dengan Nn.T jarang memeriksakan bronchitisnya sejak tahun 2008.

Penegakan diagnosa ketidakefektifan manajemen keluarga sudah sesuai karena 3 dari batasan karakteristik yang terdapat pada NANDA (2015) sudah muncul, yakni kegagalan mengurangi faktor resiko dibuktikan dengan rumah kotor dan tidak nyaman dan tidak mengetahui diit hipertensi, ketidaktepatan aktifitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan dibuktikan dengan Tn.M tidak pernah mengikuti senam hipertensi dan kurang perhatian pada penyakit dibuktikan dengan Tn.M jika merasakan pusing hanya membeli obat pusing diwarung dan hanya tidur saja.

### 3) Perencanaan

Berdasar teori IPKKI (2017) tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga yang pertama adalah menetapkan prioritas masalah menggunakan skala menyusun prioritas, dalam kasus juga sudah dituliskan skala penyusunan prioritas kedua diagnosa yang ditemukan dengan menilai sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah. Hasil dari skoring didapatkan diagnosa utama adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan jumlah skor 5 belum benar karena sifat masalah aktual sesuai dengan data : Sifat Masalah Skala Actual dengan skor 3 sudah tepat karena Tn. M mengatakan baru menyadari jika dirinya terkena Hipertensi Tekanan Darah : !50/100 mmhg. Kemungkinan masalah dapat diubah : dengan skor 2

menjadi 1 dibuktikan dengan pembenaran Pengetahuan : Tn. M mengatakan baru menyadari bahwa diri nya terkena hipertensi dan Tn. M juga belum mengetahui apa itu penyakit hipertensi jika pusing atau lelah hanya minum obat warung atau hanya tidur. Faktor pendukung : Sumber dana untuk kesehatan ada Memiliki jaminan kesehatan, Memiliki fasilitas sepeda motor. Anak nya memiliki kendaraan pribadi. Faktor penghambat : Jika keluhan sudah di rasakan hanya tiduran. Potensi masalah untuk dicegah dengan skor 3 sudah benar karena Hipertensi di cegah dengan periksa rutin dan minum obat rutin dan pola hidup yang sesuai dengan penderita hipertensi. Menonjolnya masalah berat harus seger ditangani dengan skala 2 sudah benar karena bila merasa pusing atau lelah Tn.M hanya tidur tidak pernah kontrol ke puskesmas.

Dari hasil pengkajian diperoleh diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga karena dalam keluarga Tn. M kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit belum tercapai dibuktikan dengan keluarga Tn. M belum mengetahui tentang makanan yang dianjurkan dan yang dihindari untuk penderita hipertensi, selain itu Tn.M belum melakukan senam hipertensi. Perencanaan keperawatan pada kasus tujuan dan intervensi ditujukan pada lima tugas fungsi perawatan keluarga dalam membuat suatu rencana asuhan keperawatan keluarga tujuan

terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus. Pada tujuan khusus intervensi ditujukan pada lima tugas fungsi perawatan keluarga, dengan mengacu pada NOC dan NIC yakni untuk keluarga mampu mengenal masalah dengan mampu menyebutkan pengertian, tanda gejala, komplikasi hipertensi, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan mampu menyiapkan diet hipertensi, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan mau dan mampu mengikuti senam hipertensi di puskesmas sesuai dengan NOC label pengetahuan : rejimen penanganan dengan kriteria hasil mengetahui proses penyakit tertentu, mengetahui diet yang dianjurkan dan mengetahui aktivitas fisik yang dianjurkan. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni tingkat pengetahuan dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran dan manajemen kesehatan keluarga dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami dan aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat.

Untuk tujuan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan memotivasi Tn.M untuk rutin melakukan senam sesuai dengan NOC label dukungan keluarga selama perawatan dengan kriteria hasil anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit.

Untuk tujuan keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan mampu meminimalkan stressor sesuai

dengan NOC label normalisasi keluarga dengan kriteria hasil mampu memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni manajemen kesehatan keluarga dengan kriteria hasil tindakan untuk mengurangi faktor resiko.

Untuk intervensi keluarga mampu mengenal masalah dengan kaji pengetahuan keluarga sesuai dengan NIC label dukungan pengasuhan dengan intervensi mengkaji tingkat pengetahuan caregiver. Hal ini sesuai dengan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni dukungan keluarga merencanakan perawatan dengan intervensi identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan.

Untuk intervensi keluarga mampu mengambil keputusan dengan ajarkan keluarga untuk melakukan senam hipertensi sesuai dengan NIC label pengajaran : prosedur penyakit dengan intervensi diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi.

Untuk intervensi keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan anjurkan keluarga untuk melakukan senam rutin di puskesmas sesuai dengan NIC label mobilisasi keluarga dengan intervensi bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi layanan kesehatan dan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Hal ini sesuai dengan

teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni dukungan keluarga merencanakan perawatan dengan informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.

Untuk intervensi keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan diskusikan untuk menghindari stressor sesuai dengan NIC label dukungan pengasuhan dengan intervensi mengajarkan *caregiver* mengenai teknik manajemen stress. Hal ini sesuai dengan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni pendampingan keluarga dengan intervensi ajarkan mekanisme koping yang dapat dijalankan keluarga.

Berdasarkan IPKKI (2017) implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi 5 tugas kesehatan keluarga. Perencanaan keperawatan yang diberikan kepada partisipan dan melibatkan peran keluarga dengan kontrak waktu dengan keluarga Tn.M untuk kemudian beri informasi tentang makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi, beri informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam, dan ajarkan keluarga Tn. M senam hipertensi.

#### 4. Implementasi

Pada kasus sudah berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga dan dilaksanakan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada keluarga

Tn. M yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga Tn. M, memberi informasi tentang makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi, memberi informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, mendiskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam, dan mengajarkan Tn. M senam hipertensi

#### 5. Evaluasi

Pada rencana asuhan keperawatan, evaluasi hanya dituliskan S dan O yang mana seharusnya mencakup S , O, A, P. Selain itu, penulisan evaluasi hasil di rencana keperawatan kurang tepat dimana di kolom evaluasi yang seharusnya berisi evaluasi hasil atau evaluasi yang sesuai dengan kriteria hasil tetapi dituliskan klien mengerti dan paham gerakan senam yang merupakan evaluasi proses.

Pada tabel catatan perkembangan penulisan evaluasi sudah benar dengan mencantumkan S, O, A, P, hanya saja pada catatan perkembangan dikolom evaluasi dituliskan hasil pengukuran tanda-tanda vital dari Tn.M yang tidak ada kaitannya dengan tujuan dan kriteria hasil dalam perencanaan.

Pendokumentasian sudah cukup baik dengan selalu menyertakan hari, tanggal, jam dan nama terang. Kalimat dalam asuhan keperawatan juga dapat dipahami dengan jelas meskipun terdapat beberapa pengetikan kata yang keliru. Dari hasil dari

asuhan keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah teratasi yaitu keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala hipertensi, keluarga mampu makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi dengan benar, keluarga mampu menyebutkan makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi dengan benar, dan Tn.M mampu melakukan senam hipertensi dengan benar. Merujuk pada tujuan yang telah ditetapkan maka dapat disimpulkan bahwa masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga Tn. M teratasi sebagian.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah melakukan studi kasus dokumentasi pada asuhan keperawatan pada pengalaman yang didapat oleh peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Tn.M dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I di Sleman, dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

1. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pengkajian sudah baik dengan dikajinya data mengenai masalah kesehatan individu yakni hipertensi dan 5 tugas kesehatan keluarga, hanya saja untuk beberapa data terkait budaya belum dikaji, kebersihan diri belum dikaji, struktur keluarga yaitu peran yang dikaji hanya peran dari Tn.M saja dan pola komunikasi belum dikaji secara lengkap, selain itu pengkajian tugas kesehatan keluarga juga kurang lengkap seperti seberapa sering klien mengonsumsi gorengan.
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu perumusan diagnosa berdasarkan batasan karakteristik yang muncul sesuai NANDA (2015) dan teori Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

3. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pada kasus penyusunan perencanaan berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga dengan mengacu pada NIC, NOC, juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) hanya saja tujuan klien melakukan senam minimal 1x sehari dirasa berlebihan. Selain itu masalah sudah diprioritaskan menggunakan skala untuk menentukan prioritas dengan baik, hanya saja urutan penulisan pada kriteria sifat masalah kurang tepat.
4. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pada kasus pelaksanaan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga sesuai yang dituliskan di perencanaan.
5. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu evaluasi sudah mengacu pada tujuan dan kriteria hasil hanya saja ada evaluasi proses yang dimasukkan ke kolom evaluasi hasil. Pendokumentasian sudah baik dengan selalu menyertakan hari, tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang, hanya saja terdapat beberapa pengetikan kata yang keliru.

## **B. Saran**

### 1. Bagi institusi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Diharapkan studi dokumentasi ini dapat dijadikan tambahan pengetahuan bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasiannya pada ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

### 2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat memahami studi kasus dengan lebih teliti, lebih kritis dalam memilih teori atau jurnal yang akan digunakan serta memperhatikan kaidah penulisan asuhan keperawatan.