**KARYA TULIS ILMIAH**

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

****

**Oleh :**

**ZULAIKHAH SOFA A.H.A**

**NIM : 2317078**

**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 Progam Diploma III Keperawatan

Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

ZULAIKHAH SOFA A.H.A

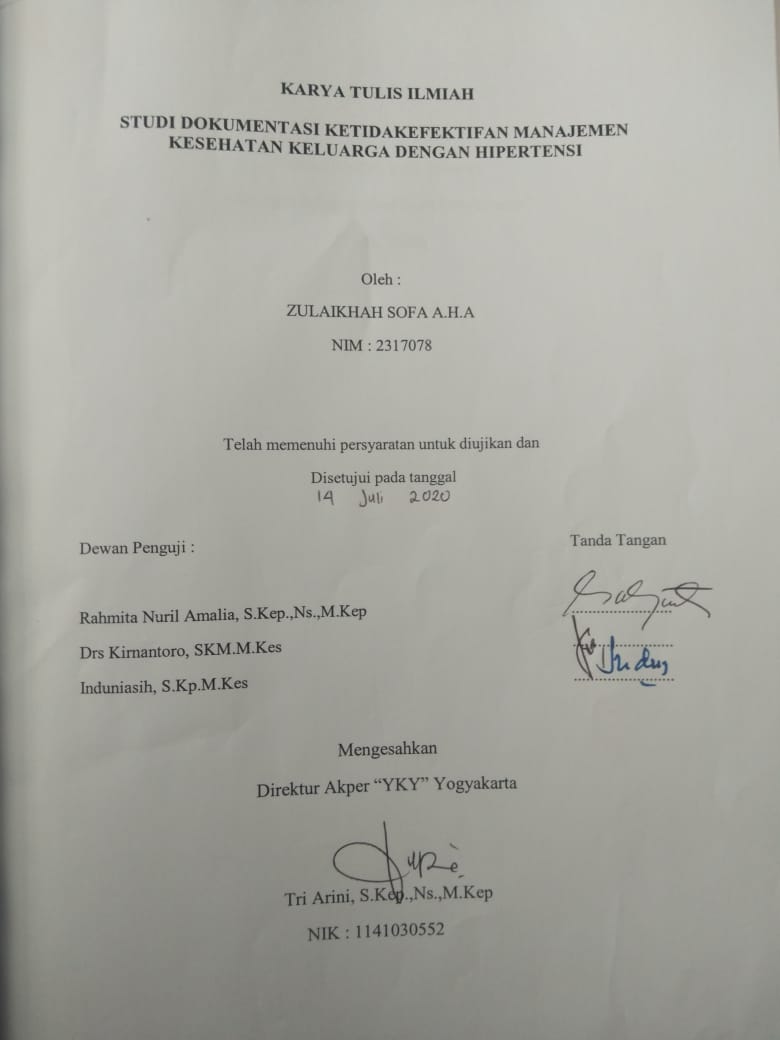
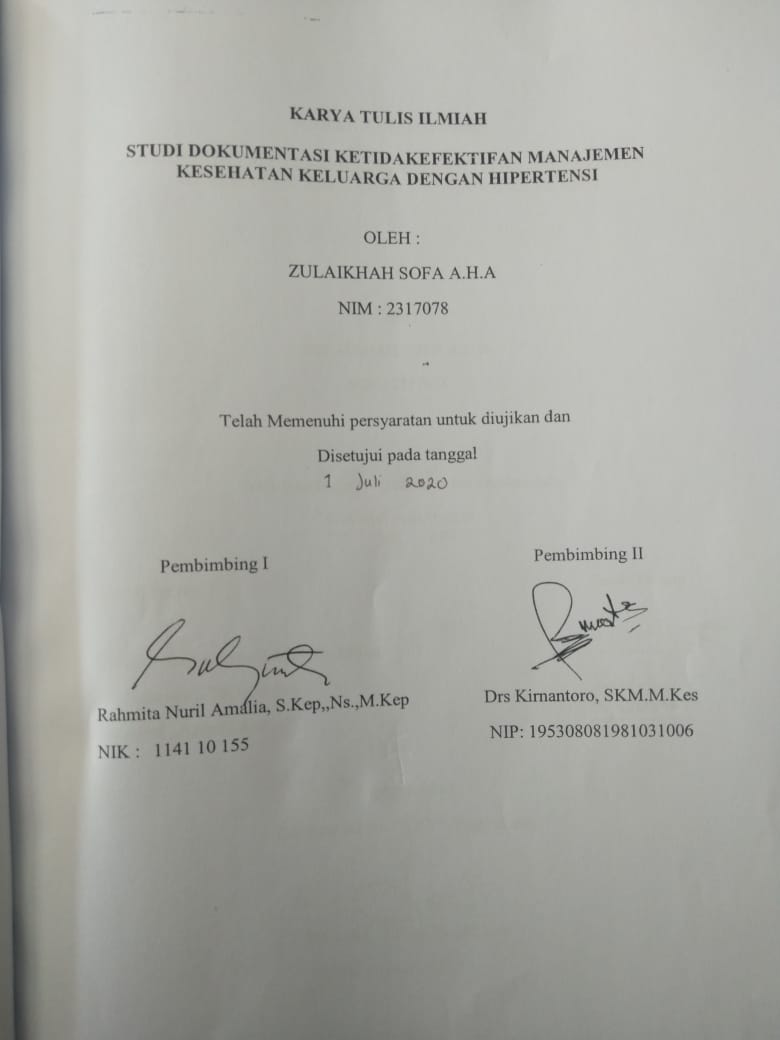
NIM : 2317078

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**MOTTO**

“ keluarlah dari zona nyaman,

jika ingin hidupmu mendapat kenyamanan”

( Sofa, 2020)

Zulaikhah Sofa A H A. (2020). Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen

Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi

Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Kirnantoro

**Abstrak**

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah secara menetap, seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah berada diatas 140/90 mmHg.Hipertensi dibedakan menjadi 2 macam, yakni hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi dipicu oleh beberapa faktor risiko, seperti faktor genetik, obesitas, kelebihan asupan natrium, dislipidemia, kurangnya aktivitas fisik. Tujuan studi kasus ini untuk diketahuinya studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi. Metode studi kasus ini adalah menggunakan metode studi dokumentasi yang didapat dari data alumni pada tahun 2016 yang melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, menyusun perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 14-16 Juli 2016 yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Yogyakarta. Dari hasil pengkajian menunjukan pada pengkajian belum lengkap pada genogram, persepsi dan pengetahuan keluarga tentang hipertensi, serta cara merawat pasiendengan menu diit hipertensi masalah keperawatan yang ditetapkan sudah sesuai dengan batasan karakteristik, meskipun etiologi masih menggunakan 5 tugas kesehatan keluarga. Rencana belum sepenuhnya mengacu pada NOC dan NIC, evaluasi telah sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan, kesimpulan penulisan yaitu diketahuinya gambaran, pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

Kata kunci : Hipetensi, Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Pola penyakit di Indonesia mengalami transisi epidmiologi selama dua dekade terakhir, yakni dari penyakit menular yang semula menjadi beban utama kemudian mulai beralih menjadi penyakit tidak menular. Kecenderungan ini meningkat dan mulai mengancam sejak muda. Penyakit tidak menular yang utama diantaranya hipertensi (Kemenkes RI, 2015).

Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara menetap (Dipiro, 2011). Umumnya, seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah berada diatas 140/90 mmHg. Hipertensi dibedakan menjadi 2 macam, yakni hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi dipicu oleh beberapa faktor risiko, seperti faktor genetik, obesitas, kelebihan asupan natrium, dislipidemia, kurangnya aktivitas fisik, dan defisiensi vitamin D (Dharmeizar, 2012).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menyebutkan sekitar 1.13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya.

Menurut Riskesdas (2018) prevalensi hipertensi di indonesia menyatakan hipertensi terjadi pada kelompok umur umur 31-34 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari pevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak minum obat. Hal ini menunjukan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingg tidak mendapatkan pengobatan.

Prevalensi hipertensi di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta menurut Riskesdas 2018 adalah 35,8% atau lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka nasional 31,%. Prevalensi ini menetapkan DIY pada urutan ke-5 sebagai provinsi dengan kasus hipertensi yang tinggi.

Data diperoleh dari Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2018 menunjukan hipertensi masuk kedalam Pola Sepuluh Besar Penyakit untuk semua golongan umur yang ada di Kabupaten Sleman dengan jumlah kasus 66.618 kasus.

Hipertensi baru disadari bila telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung dan stroke. Oleh karena itu, tidak jarang hipertensi ditemukan secara tidak sengaja pada waktu pemeriksaan kesehatan rutin atau datang dengan keluhan lain. Bahkan, 76% penduduk tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi (tidak terdiagnosis). Padahal, hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah. (Yoga, 2012).

Komplikasi hipertensi menyebabkan sekitar 9,4 kematian di seluruh dunia setiap tahunnya. Hipertensi menyebabkan setidaknya45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit stroke. Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler,terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Infodatin, 2014).

Penatalaksanaan hipertensi bisa menggunakan farmakologi dan non farmakologi. Untuk farmakologi biasanya menggunakan obat golongan diuretik seperti hidroklorotiasis 25mg (HCT), furosemid 40mg, sedangakan untuk non farmakologi bisa dengan berolahraga teratur , diit garam, mengurangi konsumsi alkohol, dan berhenti merokok (PDSKI, 2015).

Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut (Kozier, 2010).

Peran keluarga agar gaya hidup pada penderita hipertensi dapat terkontrol, terdiri dari peran keluarga formal yaitu sejumlah perilaku yang kurang formal yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, keluarga membagi peran keluarga secara merata kepada anggotanya dan peran informal yaitu bersifat implisit, biasanya tidak tampak (Zaidi,2012).

Data diatas membuat wacana bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat yang mencakup upaya peningkatan (promotif) berupa memberikan dukungan dan motivasi kepada penderita hipertensi dalam segi psikologis seperti mendorong untuk olahraga teratur, tertib minum obat, upaya pencegahan (preventif) dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan dan pencegahan komplikasi bagi penderita hipertensi.

Atas uraian diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul Gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi pada keluarga Tn.S di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta.

1. **Rumusan Masalah**

Bagaimanakah studi dokumentasi Ketidakefektifan Manjemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi .

1. **Tujuan Studi Kasus**
2. Tujuan umum :

Diketahuinya Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi

1. Tujuan khusus :

Hasil Studi dokumentasi mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi.

1. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup Keperawatan Keluarga.Materi yang dibahas adalah Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akademi Keperawatan Yogyakarta dengan menggunakan data dari Asuhan Keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang telah lulus yaitu Dwi Darmadi tahun 2016.

1. **Manfaat Studi Kasus**
2. Bagi penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat membantu penulisan maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan dan wawasannya teantang asuhan keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

1. Bagi puskesmas

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi Puskesmas Gamping I Sleman untuk menjadi masukan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memperluas wawasan serta pengetahuan tentang perawatan hipertensi, serta penyuluhan terkait hipertensi.

1. Bagi institusi pendidik

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi dan di gunakan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **LANDASAN TEORI**
2. **Hipertensi**
3. Definisi

Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara menetap (Dipiro,2011). Umumnya ,seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah berada di atas 140/90mmHg.

1. Klasifikasi

Menurut *American Heart Association (AHA),* Penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya.

Tabel 2.1. Klasifikasi hipertensi menurut JNC VIII,2003

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klasifikasi Tekanan Darah | Tekanan Darah Sistol (mmHg) | Tekanan Darah Diastol (mmHg) |
| Normal | <120 | <80 |
| Pre hipertensi | 120-139 | 80-89 |
| Hipertensi stage 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensi stage 2 | 160 atau >169 | 100 atau >100 |

Sumber : JNC VIII, dalam infodatin (2014).

1. Etiologi

Menurut pusat data dan informasi kesehatan RI (2014) penyebab hipertensi yang sering terlihat diantaranya adalah penebalan dinding arteri yang menyebabkan hilangnya elastisitas pembuluh daraha, keturunan, bertambahnya jumlah darah yang dipompa jantung, penyakit ginjal, kelebihan berat badan dan sistem syaraf simpatis. Penyakit hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

1. Hipertensi primer adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, hipertensi ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa perubahan pada jantung dan pembuluh darah.
2. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain. Sekitar 5-10% penderita hipertensi disebabkan oleh ginjal. Sekitar 1-2% disebabkan oleh kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu.
3. Patofisiologi

Hipertensi terjadi melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I *angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE* merupakan peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung *angiotensinogen I.*Oleh karena itu *ACE*yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II.

Renin disintesis dan disimpan dalam bentuk inaktif yang disebut prorenin dalam sel-sel jugstaglomeruler (sel JG) pada ginjal. Sel JG meupakan modifikasidari sel-sel otopada dinding arterior aferentepat di proksimal gremerul. Bila tekanan arteri menurun reaksi intrinsik dalam ginjal itu sendiri menyebabkan banyak molekul protein dalam sel JG terurai dan melepaskan renin.

Angiotensin II adalah vasikonstriktor yang sangat kuat, selama angiotensin II ada dalam darah, maka angiotensi II mempunyai pengaruh yang dapat mengakibatkan peningkatan tekanan arteri dengan bekerja pada ginjal untuk menurunkn ekskresi garam dan air.

Sampai sekarang pengetahuan tentang patogeneis hipertensi primer terus berkembang karena belum didapat jawaban yang memuaskan yang dapat menersngksn terjadinya peningkatan hipertensi. Tekanan darah dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer (Sylvstris,2014).

1. Faktor Resiko

Menurut kemenkes RI (2018), terdapat dua faktor hipertensi yaitu, faktor resiko yang tidak dapat diubah dan dapat diubah, untuk faktor resiko yang tidak dapat diubah meliputi umur, jenis kelamin, dan genetik, sedangkan faktor resiko yang dapat diubah yaitu seperti, merokok, diet rendah serat, konsumsi garam berlebih, kolestrol, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan obesitas.

1. Manifestasi Klinis

Hipertensi merupakan *sillent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya, gejala itu berupa sakit kepala/ rasa berat di tengkuk, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging, dan mimisan.

1. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi bisa menggunakan farmakologi dan non farmakologi. Untuk farmakologi biasanya menggunakan obat golongan diuretik seperti hidroklorotiasis 25mg (HCT), furosemid 40mg, sedangakan untuk non farmakologi bisa dengan berolahraga teratur, diit garam, mengurangi konsumsi alkohol, dan berhenti merokok (PDSKI, 2015).

1. **Konsep Keluarga**
2. Definisi

Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas atu masyarakat, keluarga merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Dari keluarga yang sehat akan tercipta komunitas yang sehat, demikian sebaliknya depkes RI dalam Padila(2012).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan terus menerus, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan orang lain Jhonson dalam Padila(2012).

1. Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan social maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga.

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga di golongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk normtive atau non normative. Menurut Padila 2012 menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut :

1. Keluarga tradisional
2. Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuan atau orang tua tiri.
3. Pasangan istri terdiri dari suami dn istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
4. Keluarga dengan orang tua gagal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
5. Bujangan dewasa sendirian.
6. Keluarga besar, terdiri keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah.
7. Keluarga non tradisional
8. Keluarga dengan orangtua berenak tanda menikah, biasanya ibu dan anak.
9. Pasangan yang dimiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
10. Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah
11. Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
12. Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara bersma menggunakan fasilitas,sumber yang sama.

Gambaran tentang bentuk atau tipe keluarga tersebut menggambarkan banyaknya bentuk struktur yang menonjol dalam keluarga. Implikasi bagi keperawatan bahwa tidah ada bentuk keluarga yang benar atau salah, layak atau tidak layak, tipe tersebut hanya referensi setiap upaya keperawatan dlandasi pemahaman akan keunikan dari setiap keluarga.

1. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Ada beberapa Struktur keluarga yang ada di indonesia yang terdiri dari bermcam macam, diantaranya adalah Friedman dalam Padila (2012 ) :

1. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi , dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

1. Matrilenial

Adalah keluarga sedarah dalam yang terdiri dari sanak audara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.

1. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersanma keluaga sedarah ibu.

1. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

1. Keluarga Kawin

Adalah suami istri sebagai dasar istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

1. Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai, Friedman dalam Padila (2012 ) mengidentifikasikan lima fungsi dasar keluarga, yakni :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikosial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang. Reinforcement dan support dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga.

1. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami inividu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial.Sosialisasi dimulai sejak individu di lahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang di wujudkan dalam sosialiasi. Anggota keluargabelajar disiplin, memiliki nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluargasehingga individu mampu berperan di masyarakat.

1. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua *(single parent).*

1. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan keluarga anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka kelaurga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (Gakin atau pra keluarga sejahtera) perawat berkontribusi untuk mencari sumber-sumber dimasyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

1. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi keperawatan kesehatan. Selin keluarga menyediakan makanan pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotannya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawatanggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga professional. Kemampuan ini sangat mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga.

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Padila 2012) :

1. Mengenal masalah kesehatan
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat
5. Menggunakan fasilitas kesehatn yang ada di masyarakat.

Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

1. Tugas tahap perkembangan keluarga

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga, Friedman dalam Padila (2012) :

1. Tahap keluarga pemula *( beginning family*)

Keluarga baru/ pasangan yng belum memiliki anak.

1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
2. Menghuungan jaringan persaudaraan secara harmonis
3. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
4. Menetapkan tujuan bersama
5. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan.

1. Membentuk keluarga muda sebagai unit yang mantap (intergrasi bayi dalam keluarga)
2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertenttangan dan kebutuhan anggota keluarga
3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
4. Memperluas persahabatan kelurga besar dengan menambah peran orang tua, kakek, dan nenek.
5. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan – 6 tahun.

1. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan
2. Mensosialisasikan anak
3. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
4. Pembagian tanggung jawab
5. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 6-13 tahun

1. Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
2. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak berusia 13-20 tahun

1. Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
2. Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
3. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak
4. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
5. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah

1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
2. Melanjutkan dan menysuaikan kembali hubungan perkawinan
3. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
4. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat
5. Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age famiy)*

Keluarga dengan persiapan masa tua/ pensiun.

1. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
2. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak
3. Memperkokoh hubungan perkawinan
4. Persiapan masa tua/pensiun.
5. Tahap keluarga lanjut usia

Keluarga dengan mempertahankan hubungan perkawinan.

1. Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
2. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
3. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
4. Mempertahankan hubungan perkembangan
5. Asuhan keperawatan keluarga

Asuhan kperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan mengunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawtan, penyusun perencanaan, perencanaan asuhan dan penilaian.

1. Pengkajian Keluarga

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus menerus terhadap keluarga dibinaannya.

1. Pengumpulan data

Sumber informasi dari tahapan pengumulan data dapat menggunakan metode wawancara, observasi misalnya tentang keadaan/fasilitas rumah, pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga secara head to too dan telaahan sekunder seperti hasil laboratorium, hasil X-ray, pap smear dan lain sebagainya.

1. Data umum

Pengkajian tertahap dat umum keluarga meliputi :

1. Nama kepala keluarga (KK)
2. Alamat dan telepon
3. Pekerjaan kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga
5. Kommposisi keluarga dan genogram

Gambar 2.1 genogram

+

Laki laki perempuan klien yang diidentifiksi meninggal

kawin pisah cerai

tidak menikah anak adopsi kembar

serumah

1. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis /tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis /tipe keluarga tersebut.

1. Suku bangsa

Mengkaji asal usul keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait kesehatan.

1. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

1. Status sosia ekonomi keluarga

Stasus sosial ekonomi keluarga di tentukan oleh pendapatan baik kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya, ditentukan juga kebutuhan dan barang yang dimiliki keluarga.

1. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun menonton televisi , mendengarkan radio merupakan aktivotas rekreasi.

1. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.
2. Tahap perkembangan keluarga saat ini
3. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
4. Riwayat keluarga inti
5. Riwayat keluarga sebelumnya.
6. Pengkajian lingkungan
7. Karakteristik rumah
8. Karakteristik tetangga
9. Mobilitas geografis keluarga
10. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
11. Struktur keluarga
12. Sistem pendukung keluarga
13. Pola komunikan
14. Struktur kekuatan keluarga
15. Struktur peran
16. Nilai atau norma keluarga
17. Fungsi keluarga
18. Fungsi afektif
19. Fungsi sosialisasi
20. Fungsi perawatan kesehatan
21. Fungsi reproduksi
22. Stressor dan koping keluarga
23. Stress jangka pendek dan panjang
24. Kemampuan keluarga berespon terhadap stresor
25. Strategi koping yang digunakan
26. Strategi adapsi yang disfungsional
27. Pemeriksaan fisik
28. Harapan keluarga
29. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa kepeawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan simpton) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari *NANDA* (*North American Nursing Diagnosis Association*).

Tabel 2.2. Skala prioritas masalah keluarga

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kriteria | Skor | Bobot |
| 1. Sifat masalah 2. Aktual(tidak/kurang sehat) 3. Ancaman kesehatan 4. Keadaan sejahtera | 3  2  1 | 1 |
| 1. Kemungkinan masalah dapat di ubah 2. Mudah 3. Sebagian 4. Tidak dapat | 2  1  0 | 2 |
| 1. Potensi masalah untuk dicegah 2. Tinggi 3. Cukup 4. Rendah 5. Menonjolnya Masalah   a. Segera  b. Tidak perlu  c. Tidak dirasakan | 3  2  1  2  1  0 | 1  1 |

Sumber : Baylon dalam Padila (2012)

1. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang membuat kritia dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik, dapat diukur *(marusable)*, dapat dicapai (achivable), rasional dan menujukkan waktu (SMART).

Friedman dalam Padila (2012) mengklarifikasikan (tipologi) intervensi keperawatan keluarga menjadi :

1. Intervensi supplemental

Perawat sebagai pemberi perawataan langsung dengan mengiterprestaikan dalam bidang - bidang yang keluarga tidak dapat melakukannya.

1. Intervensi fasilitatif

Perawat berusaha memfasilitaf pelayanan yang diperlukan keluarga seperti pelayanan medis, kesejahteraansosial, transportasi dan pelayanan kesehatan dirumah.

1. Intervensi perkembangan

Perawat melakukan tindakan dengan tujuan memperbaiki dan meningkatkan kapasitas keluarga dalam perawatan diri dan tanggung jawab pribadi.

1. Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi adalah serangkaian tindakan keperawatan pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya.

1. Evaluasi

Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

S: Hal-hal yang dikemukakan keluarga secara langsung

O: Hal-hal yang ditemukan perawat yang dapat diukur

A: Analisa hasil yang telah dicapai mengacu pada tujuan dan diagnosa

P: perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

1. **Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga**
   1. Definisi

Menurut NANDA (2015-2017) ketidakefektifan manjemen kesehatan keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekeluhannya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu dari unit keluarga.

* 1. Batasan karakteristik

1. Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga
2. Kurang perhatian pada penyakit
3. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan
4. Kegagalan meakukan tindakan mengurangi faktor resiko
5. Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk mememnuhi tujuan kesehatan
   1. Faktor berhubungan
6. Konflik pengambilan keputusan
7. Kesulitan mengatasi kerumitan program pengobatan
8. Kesulitan mengarahkan sistem pelayanan kesehtan yang rumit
9. Konflik keluarga
   1. NOC
10. Normalisasi Keluarga
11. Secara konsisten menunjukan mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga
12. Secara konsisten menunjukan beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan keluarga yang terkena dampak
13. Secara konsisten menunjukan memperthankan harapan untuk memenuhi kebutuhan dari anggota keluarga
14. Secara konsisten menunjukan memenuhi kebutuhan fisik anggota kelurga
15. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional
16. Secara konsisten menunjukan berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan
17. Secara konsisten menunjukan bekerjasama dalam menentukan perawatan
18. Secara konsisten menunjukan berpartisipasi dalam keputusan bersama
19. Secara konsisten menunjukan berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan.
    1. NIC
20. Dukungan pengasuhan
21. Menkaji tingkat pengetahuan
22. Mengkaji tingkat terkait perannya
23. Menyediakan dukungan untuk mengambil keputusan
24. Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan
25. Peningkatan keterlibatan keluarga
26. Bangun hubungan dengan keluarga
27. Dorong anggota keluarga untuk mempertahankan hubungan keluarga
28. Diskusi pilihan jenis perwatan dirumah
29. Tentukan tingkat ketergantungan keluarga pada anggota keluarga yang sakit
30. Mobilisasi keluarga
31. Jadilah pendengar untuk keluarga
32. Bangun hubungan saling percaya
33. Tentukan kesiapan keluarga untuk belajar
34. Kolaborasi dengan keluarga untuk perencanaan dan pelaksanaan perawatan.

**B. Kerangka Teori** Gambar 2.2 Kerangka teori

keluarga

NOC label : NIC Label :

1. Normalisasi 1. Dukungan pengasuhan

Keluarga  *(caregiver support)*

1. Partisipasi 2. Peningkatan

keluarga dalam keterlibatan keluarga

perawatan 3. Mobilisasi keluarga

proffesional 4. Pengajaran : Prosedur

1. Dukungan penyakit

keluarga selama

perawatan

1. Pengetahuan:

Rejimen :

penanganan

Masalah keperawtan keluarga

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

Kemandirian keluarga akan hipertensi menngkat

* Tipe keluarga
* Fungsi keluarga
* Struktur keluarga

Dampak hipertensi pada keluarga : fisik, psikologi, sosial dan ekonomi

Faktor resiko hipertensi

1. Keturunan
2. Usia
3. Konsumsi garap
4. Makanan berkolestrol tinggi
5. Kegemukan
6. Stress
7. Alkohol
8. Rokok
9. Kafein

Tugas Keluarga

1. Ketidakefektifan keluarga mengenal masalah kesehatan
2. Ketidakefektifan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
4. Ketidakefektifan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat
5. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan masyarakat

HIPERTENSI

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Rancangan Studi Kasus**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/ kasus dengan memanfaat dokumentasi laporan keperawatan ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta.

1. **Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus yaitu Dwi Darmadi tahun 2016.

1. **Lokasi Dan Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Mei yaitu dimulai dari penyusuyan proposal sampai dengan penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah

1. **Definisi Operasional**

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adlah mengenai istilah-istilah kunci untuk mempertegas, memberikan arah, dan menghindari kesalahpahaman. Menurut Sugiyono, (2010) definisi operasional variable adalah definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO | Variabel | Definisi Operasional |
| 1. | Keluarga | Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan dengan salah satu anggota keluarga yang menderita hipertensi yang tinggal diwilayah kerja puskesmas bantul II Yogyakarta. |
| 2. | Hipertensi | Tekanandarah berada di atas 140/90mmHg diukur oleh perawat pada anggota keluarga dengan sistol dan diatol yang telah ditentukan. |
| 3. | Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga | Ketidakmampuan manajemen keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan dan cara merawat salah satu anggota keluarga yang menderita hipertensi. |

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah penliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya, instrumen yang digunakan berupa asuhan keperawatan dari mahasiswa yang sudah lulus Dwi Darmadi 2016 dan alat tulis.

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan 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 di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam Karya Tulis Ilmiah mahasiswa yang sudah lulus pada tahun antara 2010 sampai dengan thun 2019.

1. **Analisa Data**

Teknik analisa data menggunakan tehnik 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 memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

1. **Etika Penulisan**
2. *Informed consent*

Sebelum penulis melibatkan pasien dalam studi kasus, penulis meminta persetujuan dari pasien dan perawat.

1. *Anonimity*

Penulis tidak menggunakan data pasien kecuali sebagai kepentingan peneliti dan kepentingan medis

1. *Confidentially* ( kerahasiaan )

Penulis menjaga kerahasiaan tentang kondisi pasien dan tidak akan menceritakan kepada siapapun kecuali untuk kepentingan medis.

1. **Kerangka Alur Penelitian**

Membandingkan dengan teori dan hasil

Surat ijin

(Administrasi)

analisa

Pemilihan data berupa dokumen

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil**
2. Gambaran Asuhan Keperawatan

Pada keluarga Tn S yaitu tipe pasangan usia lanjut yang terdiri dari suami dan istri yang sudah lanjut usia, struktur keluarga Tn S patrilineal yaitu semua anggota keluarga berak memutuskan suatu hal, namun yang sering menjdi panutan dalam mengambil keputusan adalah Tn S selaku kepala keluarga dan tinggal dalam satu rumah.

Dari hasil pengkajian Tn S mengidap penyakit hipertensi sejak tahun 2016 yang lalu, saat dilakukan pemerikaan tekanan darah pada hari kamis, 14 juli 2016 jam 08.00 wib didapatkan data TD : 130/80 mmHg, N : 88x/menit, Tn S memiliki garis keturunan penderita hipertensi dari ibu Tn S, setengah tahun sebelum dilakukan pengkajian Tn S masuk RS karena gejala stroke dan hipertensi, gejala yang di rasakan Tn. S yaitu susah tidur dan belakang leher sering sakit, Tn S juga mengkonsumsi obat Aspilet 80mg, Alprazolam 0,5mg, Amlodipin 10mg, kemudian istri Tn S yaitu Ny. K tidak ada riwayat penyakit. Tahap perkembangan. Keluarga Tn. S yaitu tahap usia lanjut dimana tugas perkembangan saat ini adalah menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang cukup, menerima kehilangan pasangan dan mempertahankan kontak dengan masyarakat.

Dari kemampuan keluarga mengenal masalah, keluarga Tn.S belum mengerti tentang penyakit hipertensi, penyebab dan penanganannya seperti apa serta diit yang harus dilakukakan. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan, keluarga Tn.S mampu mengambil keputusan jika ada anggota keluarga Tn. S yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit, keluarga Tn. S belum terpenuhi karena keluarga Tn.S belum mengetahui cara merawat dan diit hipertensi yang benar, seperti istri Tn.S masih sering memasak makanan dengan mengandung garam berlebih dan bersantan. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang kondusif, keluarga Tn.S sudah mampu menciptakan lnkungan yang kondusif dengan rumah tampak tenang dan tidak ada keributan dengan tetangga. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan, keluarga Tn.S sudah memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik jika ada anggota keluarga yang sakit di bawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

Dari hasil analisis pengkajian diagnosis yang diangkat dalam keluarga Tn.S adalah ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik hipertensi di keluarga Tn.S tidak efektif atau ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi dengan skor 5.

Rencana keperawatan yang disusun bersama keluarga Tn.S dengan tujuan penjang manajemen regimen terapetik pada Tn.S dengan hipertensi efektif dan tujuan pendek setelah dilakukan kunjungan selama 2x kunjungan pertemuan berdasarkan dengan kriteria hasil : keluarga Tn.S mampu mengambil keputusan hipertensi, keluarga Tn.S mampu menyediakan menu diit hipertensi, keluarga Tn.S mampu mengenali fungsi obat yang dikonsumsi Tn.S dengan benar.

Perencanaan tindakan berdasarkan *Nursing Interventsions Classification*yaitu : kontak waktu dengan keluarga, berikan informasi tentang pengertian hipertensi, tandan dan gejala, faktor resiko dan diit hipertensi, motivasi keluarga untuk memberikan menu diit hipertensi seperti rendah garam dan tidak bersantan, lakukan evaluasi tindakan yang telah disampaikan.

Implementasi yang dilakukan pada keluarga Tn.S pada hari (Kamis, 14 Juli 2016) yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga, memberikan penyuluhan tentang pengertisn hipertensi,tanda dan gejala hipertensi, faktor resiko diit hipertensi, dan mengecek tekanan darah. Kemudian (Jum’at, 15 Juli 2016) yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga Tn.S, mendiskusikan dengan keluarga Tn.S dalam mengambil keputusan diit hipertensi, memotivasi keluarga Tn.S untuk memberikan menu diit hipertensi seperti rendah garam dan tidak bersantan, memberikan informasi tentang perkembangan Tn.S, memotivasi keluarga untuk mempertahankan tugas perkembangan yang sudah dilakukan, dan pada hari (Sabtu, 16 Juli 2016) yaitu, memberikan penyuluhan kepada keluarga Tn.S tentang pengertian dan efek samping obat yang dikonsumsi Tn.S, mengevaluasi tindakan yang telah disampaikan.

Evaluasi hasil keperawatan yang dilakukan selama 3x kunjungan didapatkn hasil kekluarga Tn.S mampu menjelaskan tentang pengertian hipertensi dengan bahasanya sendiri, keluarga Tn.S mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala hipertensi,keeluarga Tn.S mampu menyebutkan 3 dari 6 makanan yang harus dibatasi, Tn.S juga mampu menjelaskan tentang manfaat dan efek samping obat yang di konsumsinya.

1. Genogram

Gambar 4.1 Genogram

Ny.K Tn.S

Keterangan : : perempuan

: laki – laki

--- : tinggal serumah

+ : meninggal dunia

// : pasien

: garis keturunn

: menikah

1. **Pembahasan**
2. Pengkajian

Hasil dari studi kasus yang dilaksanakan dari tanggal 14 juli 2014 didapatkan sejumlah data dari keluarga Tn. S yang menderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I dari data tersebut ditemukan bahwa :

Hasil dari studi kasus yang dilaksanakan dari tanggal 14 Juli 2014 di dapatkan sejumlah data dari keluarga Tn.S yang menderita hipertensi.

Pada pengkajian asuhan keperawatan ini, Tn. S belum mengetahui tentang hipertensi menurut penelitian Rano K. Sinuraya, Bryan J. Siagian, Adit Taufik, Dika P. Destiani, Irma M. Puspitasari, Keri Lestari, Ajeng Diantini (2017), menyatakan bahwa tingkat pengetahuan serta pemahaman pasien akan semakin *aware* dalam menjaga pola hidup, teratur minum obat, dan tingkat kepatuhan pasien juga akan semakin meningkat. Pada kasus ini harus dilakukan pengkajian yang mendalam tentang penyebab mengapa Tn.S dan keluarganya belum mengetahui tentang hipertensi apakah karena Tn.S sering mengikuti penyuluhan atau tidak, bagaimana pengalaman dalam menyikapi hipertensi. Agar saat dilakukan intervensi akan sesuai dengan yang dibutuhkan dengan keluarga.

Menurut Friedman 2010 pengkajian dalam keluarga harus dilakukan secara menyeluruh pada pengkajian ini hanya dilakukan kepada Tn.S, menurut penulis pengkajian juga harus dilakukan pada Ny.K, bagaimana riwayat kesehatan Ny.K dan keluarganya terlebih saat dilakukan pemerksaan fisik Ny.K tekanan darah Ny.K 140)90 mmHg, dan umur Ny.K adalah 64 tahun, sesuai dengan penelitian Agrina, Rini Sunarti Swastika, dan Hairitama Riyan (2011), menyatakan bahwa hipertensi belum diketahui penyebabnya namun ditemukan beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu usia lanjut dan adanya riwayat hipertensi dalam keluarga.

Pada pengkajian yang ditemukan yaitu tipe keluarga usia lanjut, pada pengkajian genogram ditemukan bahwa keluarga Tn.S adalah Extanded Family, menurut penulis pada kasus ini tipe keluarga yang benar adalah Extended Family karena saat pengkajian bawha Tn.S dan Ny.K masih tinggal bersama dengan anak terakhirnya, hal ini sesuai dengan teori Macklin (1998) dalam Padila 2011 menjelaskan bahwa Extended Family adalah terdiri dari keluarga inti dan orang - orang yang berhubungan.

1. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diagnosa yang diangkat yaitu ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dengan menggunkaan 5 etiologi. Menurut IPKKI (2017) menyatakan bahwa, penulisan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan *single diagnosis* yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi, dengan batasan karakteristik yaitu :

1. Akselerasi gejala penyakit seseorang anggota keluarga, yaitu Tn. S mengatakan menderita gejala stroke dan hipertensi sejak 1/2 tahun saat dilakukan pengkajian.
2. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkam, yaitu keluarga Tn.S mengatakan belum mengerti tentang hipertensi, penyebab, penanganan hipertensi.
3. Kegagalan melakukan tindakaan mengurangi faktor resiko, yaitu keluarga Tn.S mengatakan dalam penyajian makanan Ny.K masih sering memasak makanan yang mengandung garam berlebih dan bersantan.

Ada 2 batasan karakteristik yang tidak sesuai yaitu :

1. Kurang perhatian terhadap penyakit dibuktikan dengan keluarga Tn.S sudah merawat Tn.S dengan mengontrolkan keluarga Tn.S saat kambuh dan nenperhatikan kesehatan Tn.s.
2. Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, dibuktikan dengan dengan keluarga Tn.S sudah memenuhi aktivitas tujuan kesehatan.
3. Perencanaan

Perencanaan yang pertama adalah menentukan prioritas masalah menggunakan scoring, prioritas pada asuhan keperawatan ini yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Tn. S dengan hipertensi. Pada kasus ini menurut penulis dibagian sifat masalah dengan skor 3 actual sudah benar dengan pembenaran aspilet 80mg. Alprazolam 0,5mg, Neurodex 500mg, Amlodipin 10mg, pada potensial masalah dapat dicegah dengan skor 2 cukup dengan pembenaran pendukung Tn.S mengatakan mengontrol hipertensi, minum obat teratur, aktifitas bersepeda setiap pagi dan soredan faktor penghambat Tn.S sudah berusia 65 tahundan memiliki riwayat stroke, menonjolnya masalah skala dengan skor 2 masalah berat harus segera ditangani dengan pembenaran keluarga Tn.S mengatakan sakit yang diderita Tn.S termasuk sakit yang serius dan perlu segera ditangani, menurut penulis pada bagian kemungkinan masalah dapat diubah dengan skor 2 cukup kurang tepat karena seharusnya pada skor sebagian adalah angka 1 bukan 2 dengan faktor pendukung jika Tn.S ke puskesmas ada keluarga yang mengantarkan dan faktor penghambat Tn.S makan masakan rumah yang memasak keluarga Tn.S, tidak ada diit hipertensi untuk Tn.S. Sehingga total skor adalah 4.

Perencanaan yang kedua yaitu menentukan tujuan, pada pembuatan tujuan dikasus ini masih menggunakan tujuan panjang dan tujuan pendek dan belum menggunakan NOC label. Pada kriteria hasil yang dibuat ada yang terdapat di NOC dan ada yang tidak terdapat di NOC yaitu, keluarga Tn.S mampu menyediakan menu diit hipertensi sesuai dengan NOC secara konsisten menunjukan berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan. Kemudian yang tidak terdapat di NOC adalah keluarga Tn.S mampu mengambil keputusan hipertensi dengan benar.

Perencanaan yang ketiga yaitu menentukan intervensi, pada pembuatan intervensi ini sudah ada yang terdapat pada NIC dan ada yang tidak terdpat di NIC yaitu, kontrak waktu dengan keluargasesuai dengan NIC bangun hubungan saling percaya dengan keluarga, diskusikan dengan keluarga Tn.S dalam mengambil keputusan diit hipertensi sama dengan diskusi pilihan jenis perawatan hipertensi, memotivasi keluarga Tn.S untuk memberikan menu diit hipertensi rendah garam dan bersantan sama dengan dorong anggota keluarga untuk mempertahankan hubungan keluarga. Kemudian ada yang tidak terdapat di NIC yaitu, lakukan evaluasi tindakan yang telah disampaikan.

1. Pelaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan oleh Dwi Darmadi (2016) sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu sudah mengikuti 5 tugas kesehatan keluarga hal ini sesuai dengan penelitian Supprati, dan Ashriady (2016), bahwa pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yng telah disuusun pada tahap perencanaan.

Tindakan keperawatan mencakup tindakan independent dan atau secara mandiri dan kolaborasi. Tindakan independent seperti mengerjakan diit hipertensi dan kolaborasi dengan keluarga dengan mengikutsertakan dalam pemberiaan pendidikan kesehatan agar semua paham.

1. Evaluasi

Setelah dilaksanaakan asuhan keperawatan selama 3x kunjungan masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat bahwa keluarga Tn.S mengatakan menyetujui menu diit hipertensi, Tn.S mengatakan sudah cukup mengerti tentang manfaat, kegunaan, dan efek samping obat. Pada asuhan keperwatan ini, menggunakan evaluasi hasil yaitu SOAP, dan belum menggunakan evaluasi proses. Menurut penulis hal ini belum tepat karena pada evaluasi ini keluarga hanya mengatakan akan melakukan tindakan.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Dari hasil studi kasus ini didapatkan kesimpulan seperti disebutkan di bawah ini yang diantaranya :

1. Diketahuinya pengkajian belum lengkap pada genogram, pengkajian belum dilakukan menyeluruh terhadap anggota keluarga, serta persepsi dan pengetahuan tentang hipertensi belum dilakukan pengkajian secara lengkap.
2. Diketahuinya masalah keperawatan yang muncul yaitu Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi sudah sesuai dengan batasan karakteristi, meskipun etiologi masih menggunakan 5 tugas kesehatan keluarga.
3. Diketahuinya masalah keperawatan bagian tujuan, kriteria hasil dan intervensi belum sepenuhnya mengacu pada NOC dan NIC.
4. Diketahui pelaksanaan keperawatan yang dilakukan sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dengan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga.
5. Diketahui evaluasi keperawatan hanya menggunakan evaluasi hasil tidak menggunakan evaluasi proses tetapi sudah sesuai dengan tujuan yang dibuat.
6. **Saran**

Berdasarkan pengalaman dalam menyusun Studi Dokumentasi Karya Tulis Ilmiah tentang Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta, saran yang dapat peneliti sampaikan

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat membantu penulisan maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan dan wawasannya teantang asuhan keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

2. Bagi puskesmas

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi Puskesmas Gamping I Sleman untuk lebih memperluas wawasan serta pengetahuan tentang perawatan hipertensi, serta penyuluhan terkait hipertensi.

1. Bagi institusi pendidik

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi dan di gunakan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

**DAFTAR PUSTAKA**

Bulecehek,Glori M, Butcher, Howard K, Dhocterman, Joanne M, Wagner, Cheryl M. ( 2016). *Nursing Intervention Classification (NIC).* Singapura

Moca Media.

Darmadi, Dwi. (2016). *Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn.S dengan Salah Satu Anggota Menderita Hipertensi di RT 07 RW 22 Gamping 1 Sleman Yogyakarta.* Yogyakarta : Akademi Keperawatn YKY Yogyakarta.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Diakses 15Februari 2020,http://www.kemenkes.go.id/resources /Download/info terkini/hasil-riskesdas-2018.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019.” Known Your Number, Kendalikan Tekanan Darah dengan Cerdik”.*Diakses pada 18 Februari2020darihttp://p2ptm.kemenkes. go.id/kegiatanp2 ptm/pusat-/hari-hipertensi-dunia-2019-known-your-numberkendalikantekanan-darahmu-dengan-cerdik.

Mooehead, Sue, Johnson, Marion, Mass Meridean L, Swanson E. (2016). *Nursing Outcome Clasification (NOC)*. Singapura : Moco Media.

Padila. 2012*. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler. (2015). *Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular*. Diakses pada 20februari2020, http://www.inaheart.org/upload/image/pedomana/Tatalaksana/hipertens/pada/penyakit/kardiovaskuler\_2015.

Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Hipertensi*. Diakses pada 15 februari2020,darihttp://www.kemenkes.go.id/download.php?file download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi.

Sudarsono, Erica KR, Sasmita, Julia Fajar Aji, Handyasto, Albertus Bayu,Arissa putra, Stefanus Sofian, & Kuswantiningsih, Natalia.(2017).*Peningkatan Pengetahuan tentang Hipertensi Guna Perbaikan Tekanan Darah pada AnakMuda di Dusun Japanan, Margodadi, Sayegan, Sleman Yogyakarta*. JurnalPengabdian Kepada Masyarakat. Diakses 20 Februari 2020, dari http://jurnal.ugm.ac.id/jpkm.

Sylvestris, A. (2014). Hipertensi Dan Retinopati Hipertensi. Vol 10 No.1. Diakses 20februari2020,http://ejournal.umm.ac.id/index.php/sainmed/article/view/4142.

Zaenurrohmah, Destiara Hesriantica, & Rachmayanti, Riris Diana. (2017).*Hubungan Pengetahuan Dan Riwayat Hipertensi Dengan Tindakan Pengendalian Tekanan Darah Pada Lansia*. Diakses pada 20 Februari 2020,Darihttp://www.academia.edu/37263006/Hubungan\_Pengetahuan\_Dan\_Riwayat\_Hipertensi\_Dengan\_Tindakan\_Pengendalian\_Tekanan\_Darah\_Pada\_Lansia.

Sartik, RM.Suryadi Tjekyan, M Zulkarnain. (2017). “*Faktor- Faktor Resiko Dan Angka Kejadian Hipertensi Pada Penduduk Palembang”.* Diakses pada tanggal 8 juni 2020, dari http://:www.jikm.unsri.ac.id/index.php/jikm

Henulihi Victoria, Yuliati, Rahayu Tutiek, dan Nurkhasanah Latifah. (2011). “*Pola Pewarisan Penyakit Hipertensi Dalam Keluarga Sebagai Sumber Belajar Genetik”.*Diakses pada tanggal 8 juni 2020, dari http:stuff//.uny..ac.id/sites/default/files/penelitian/Ir.VictoriaHeulini/Pola/Pewarisan/Penyakit/Hipertensi/Dalam/Keluarga/Sebagai/Sumber/Belajar/Genetik.

Supprati, dan Ashriady. (2016). *“ Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daeah Mamuju,Indonesia”*. Diakses pada tanggal 24 Juni 2020, dari http://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/m/download/13/12.

LAMPIRAN

**JADWAL KEGIATAN**

Lampiran 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KEGIATAN** | **JANUARI** | | | | **FEBRUARI** | | | | **MARET** | | | | **APRIL** | | | | **MEI** | | | | **JUNI** | | | | **JULI** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Studi  Pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Penyusunan  Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Seminar Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Revisi  Seminar Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengambilan Data Berupa Dokumen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Penyusunan Tugas Akhir |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Seminar Tugas Akhir |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

Lampiran 2

AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

YOGYAKARTA

**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Zulaikhah Sofa A.H.A

NIM : 2317078

Nama Pembimbing I : Rahmita Nuril A S.Kep.,Ns.,M.Kep

Judul KTI :Studi Dokumentasi Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal Bimbingan | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Bimbingan | |
| Pembimbing | Mahasiswa |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Yogyakarta, |
| Pembimbing I |

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

Lampiran 2

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

YOGYAKARTA

**FORMAT BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Zulaikhah Sofa A.H.A

NIM : 2317078

Nama Pembimbing II : Drs Kirnantoro, SKM.M.Kes

Judul KTI : Studi Dokumentasi Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal Bimbingan | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Bimbingan | |
| Pembimbing | Mahasiswa |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Yogyakarta, |
| Pembimbing II |

(Drs Kirnantoro, SKM.M.Kes)