**KARYA TULIS ILMIAH**

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

****

**Oleh :**

**TANTRI RAHMAUDINA RISTYANI**

**NIM : 2317071**

**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

TANTRI RAHMAUDINA RISTYANI

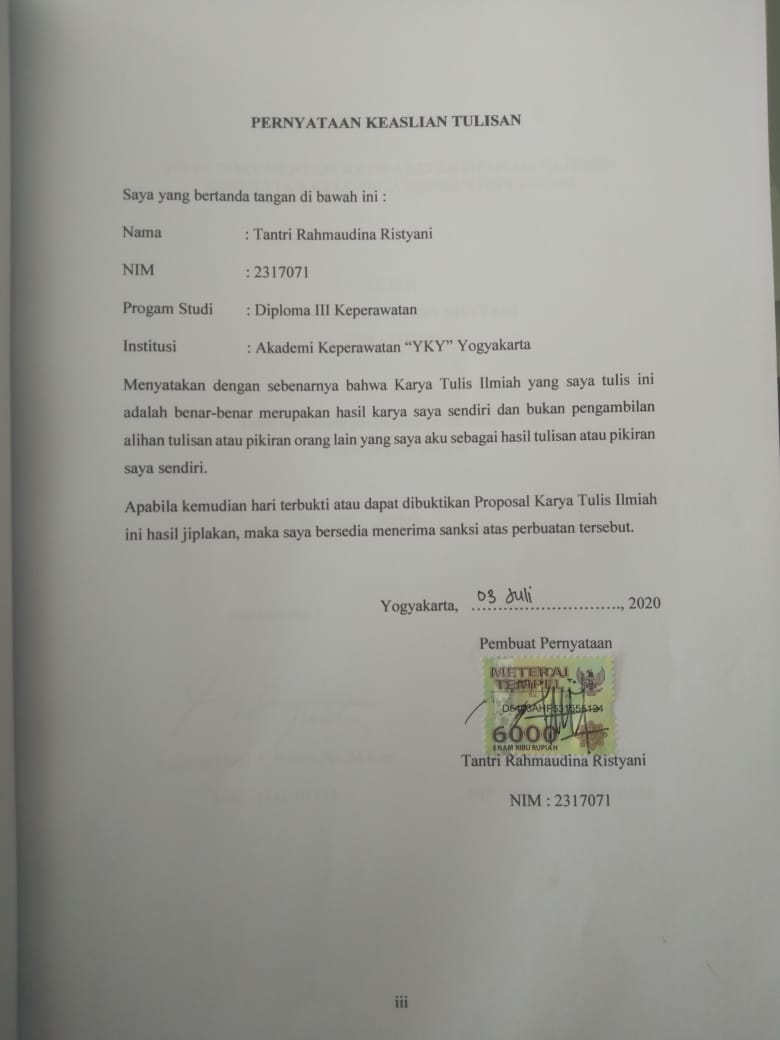
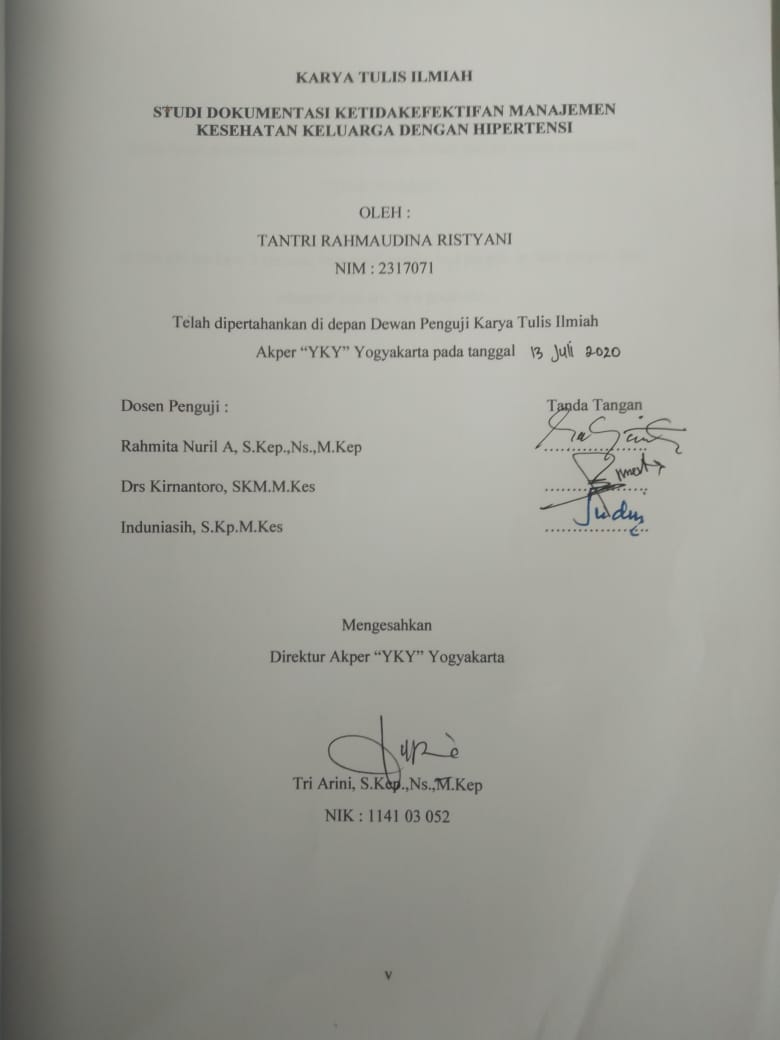
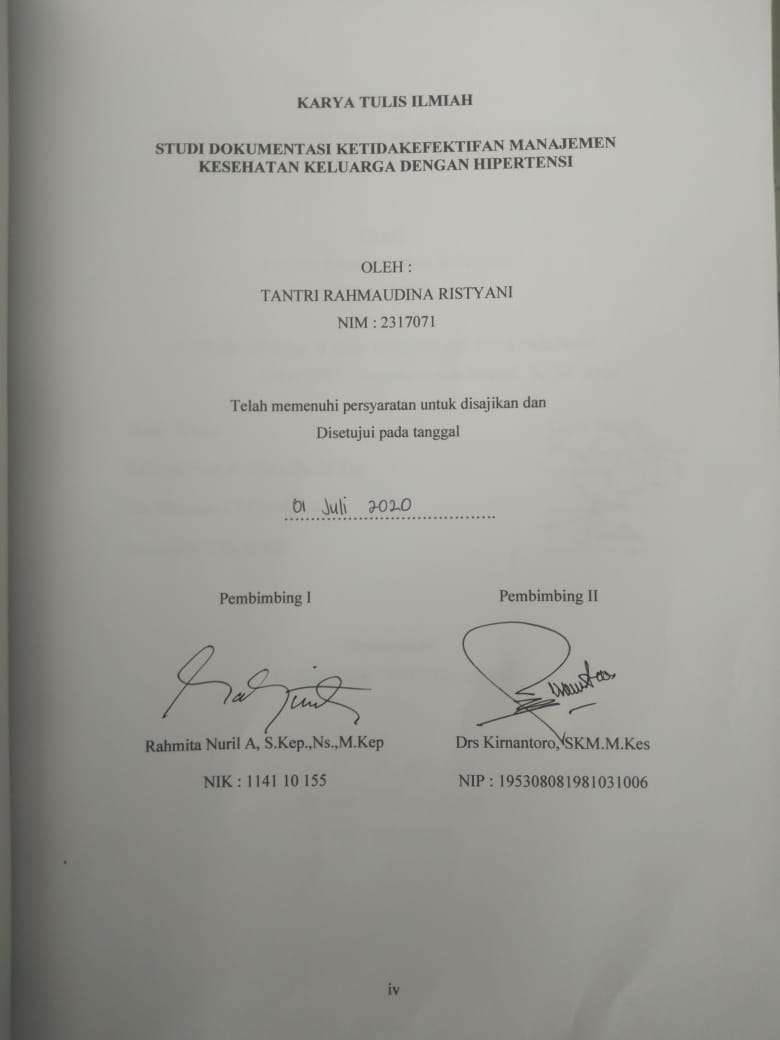
NIM : 2317071

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

****

**MOTTO**

Kalau kamu membicarakan sesuatu bersama Tuhan jangan pernah mengatakan “Tidak Mungkin”

In this life we have 3 choices, be a good people, bad people, or fake people. But, whatever you are, be a good one.

**PERSEMBAHAN**

Sebagai ucapan terimakasih yang begitu banyak tidak terucap, maka Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang selalu memberikan kemudahan selama perjalan kuliah dan penyusunan KTI saya.
2. Kedua orangtua saya yang selalu memberikan semangat, dukungan baik secara moril dan materi, terimakasih bapak dan ibu untuk seluruh dukungan, doa dan semuanya selama 20 tahun ini yang belum bisa terbalaskan
3. Kepada adik saya Reza Dwi Darmawan, semoga bisa lebih semangat kuliahnya.
4. Seluruh keluarga yang selalu memberikan dukungan dan semangat yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
5. Sahabat saya Lisa, Fika, Sofa, Ester, kola, Yahya dan Erna yang selalu saling memberi dukungan saling membantu selama masa perkuliahan sampai penyusunan KTI ini.
6. Teman-teman BISQUAD Akper YKY Kelas 3B yang sudah saling menguatkan selama 3 tahun bersama.
7. Teman-teman satu kelompok saya, Rizka Devi dan Zulaikhah sofa yang sudah saling membantu
8. Teman-teman angkatan ke 23 Akper YKY
9. Dan untuk Almamterku tercinta AKPER YKY YOGYAKARTA

**Kata Pengantar**

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena berkat taufik dan Hidayah-Nya, sehingga penulis bisa menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Kelurga Dengan Hipertensi”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna memenuhi sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Progam Pendidikan D III Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka pada kesemapatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku direktur Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta
2. Rahmita Nuril Amalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku dosen pembimbing dan penguji Ujian Akhir Progam yang dengan sabar telah banyak mencurahkan tenaga, pikiran dan kesabaran untuk memberikan bimbingan pengetahuan, saran-saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Drs Kirnantoro, SKM.M.Kes selaku pembimbing dan penguji Ujian Akhir Progam yang telah membantu pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Induniasih, S.Kp.M.Kes selaku penguji Ujian Akhir Progam yang telah membantu pembuatan kasus ini.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah banyak memberikan Ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat untuk masa mendatang.

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 kritikan yang 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.

Yogyakarta, 30 April 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Halaman Sampul Depan …………………………………………………….  Halaman Sampul Dalam ……………………………………………………  Halaman Pernyataan Keaslian ………………………………………………  Halaman Persetujuan ……………………………………………………….  Halaman Pengesahan ………………………………………………………..  Motto ………………………………………………………………………..  Persembahan ………………………………………………………………...  Kata Pengantar ………………………………………………………………  Halaman Daftar Isi ………………………………………………………….  Halaman Daftar Tabel … …………………………………………………..  Halaman Daftar Lampiran ………………………………………………….  Halaman Daftar Gambar ……………………………………………………  Abstrak ………………………………………………………………………  **BAB I PENDAHULUAN**   1. Latar Belakang …………………………………………………….. 2. Rumusan Masalah …………………………………………………. 3. Tujuan Studi Kasus ………………………………………………… 4. Ruang Lingkup …………………………………………………….. 5. Manfaat Studi Kasus ………………………………………………. 6. Teoritis …………………………………………………………. 7. Praktis …………………………………………………………..   **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**   1. Landasan Teori …………………………………………………….. 2. Konsep Hipertensi ……………………………………………… 3. Pengertian ………………………………………………….. 4. Tanda dan Gejala …………………………………………… 5. Penyebab …………………………………………………… 6. Patofisiologi ……………………………………………….. 7. Faktor Resiko ………………………………………………. 8. Pemeriksaan Penunjang ……………………………………. 9. Konsep Keluarga ………………………………………….......... 10. Pengertian Keluarga ………………………………………... 11. Tipe Keluarga ………………………………………………. 12. Struktur Keluarga …………………………………………... 13. Fungsi Keluarga ……………………………………………. 14. Tugas Perkembangan Keluarga ………………………......... 15. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga ……………………. 16. Konsep Keidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga……... 17. Definisi ……………………………………………………... 18. Batasan Karakteristik……………………………………….. 19. Faktor yang Berhubungan ………………………………….. 20. Populasi Resiko …………………………………………….. 21. Intervensi Keperawatan …………………………………….. 22. Kerangka Teori ……………………………………………………...   **BAB III METODE STUDI KASUS**   1. Jenis dan Rancangan Penelitian ……………………………………. 2. Subyek Penelitian …………………………………………………... 3. Lokasi dan Waktu Penelitian ……………………………………….. 4. Definisi Operasional ...……………………………………………… 5. Instrumen Studi Kasus …………………………………………….. 6. Teknik Pengumpulan Data …………………………………………. 7. Analisa Data ………………………………………………………... 8. Etika Studi Kasus ………………………………………………….. 9. Kerangka Alur Penelitian …………………………………………..   **BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN**   1. Hasil ………………………………………………………………… 2. Pembahasan ………………………………………………………....   **BAB V KESIMPULAN dan SARAN**   1. Kesimpulan ………………………………………………………… 2. Saran ………………………………………………………………..   DAFTAR PUSTAKA ………………………………………………………  LAMPIRAN ………………………………………………………………..  **DAFTAR TABEL**   |  |  | | --- | --- | | 2.1 Skala untuk menentukan prioritas …………………………………..  3.1 Definisi Operasional ………………………………......................  4.1 Karakteristik Partisipam …………………………………………. | 25  35  38 |   **DAFTAR LAMPIRAN**   |  |  | | --- | --- | | Jadwal Kegiatan  Lembar Bimbingan  *Informed Consent2*  Askep Keluarga mahasiswa yang sudah lulus |  |     **DAFTAR GAMBAR**   |  |  | | --- | --- | | Kerangka Alur Penelitian ………………………………………..  Genogram ……………………………………………………… | 37  41 | | i  ii  iii  iv  v  vi  vii  viii  x  xii  xiii  xiv  xv  1  4  4  5  5  5  6  7  7  7  8  9  9  10  11  11  11  12  13  14  18  22  29  29  29  29  29  29  33  34  34  34  34  35  35  36  36  37  38  42  50  51  52  54 |

Tantri Rahmaudina R.(2020).Studi Dokumentasi Ketiakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga denganHipertensi

Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Kirmantoro

**ABSTRAK**

Hipertensi merupakan salah satu penyakit dengan perawatan jangka panjang yang mematikan di dunia, karena dapat memicu terjadinya penyakit lain seperti resiko jantung, gagal jantung, dan stroke. Masalah keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi adalah Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi. Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan sampel laporan keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi pada tahun 2015. Penelitian dilaksanakan di Kampus Akper YKY Yogyakarta pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020. Hasil penelitian menunjukkan pada pengkajian belum lengkap pada genogram, pengkajian pada seluruh anggota keluaga, persepsi dan pengetahuan keluarga tentang hipertensi, serta penatalaksanaannya. Masalah keperawatan yang ditetapkan sudah sesuai dengan batasan karakteristik, meskipun etiologi masih menggunakan 5 tugas kesehatan keluarga. Rencanan 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 : Hipertensi, Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Hipertensi adalah penyakit yang bisa menyerang siapa saja, baik muda maupun tua, entah orang kaya maupun miskin. Hipertensi merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia. Namun, hipertensi tidak dapat secara langsung membunuh penderitanya, melainkan dapat memicu terjadinya penyakit lain. laporan komite nasional pencegahan, deteksi, dan penanganan hipertensi menyatakan bahwa tekanan darah yang tinggi dapat meningkatkan resiko serangan jantung, gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal (Yoga,2009).

Menurut laporan badan kesehatan dunia atau WHO, hipertensi merupakan penyebab nomor 1 kematian di dunia. Data tahun 2010 di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 28,6% orang dewasa berusia 18 tahun keatas menderita hipertensi (pusat data dan informasi kementrian kesehatan RI, 2014).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang bertambah, pada 2025 mendatang diperkirakan sekitar 29% warga dunia terkena hipertensi. WHO menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju hanya 35%, kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi, yaitu sebesar 40%. Kawasan Amerika sebesar 35% dan Asia Tenggara 36%. Kawasan penyakit ini telah

membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita hipertensi. Sedangkan di Indonesia cukup tinggi, yakni mencapai 32% dari total jumlah penduduk (Widiyani, 2013).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018, peningkatatan jumlah prevalensi penderita hipertensi di Indonesia dari tahun 2013 ke 2016 mencapai 32,4%. Kondisi ini perlu mendapat perhatian lebih, karena hipertensi merupakan penyakit yang paling umum terjadi pada sistem kardiovaskuler yang dapat menyebabkan berbagai macam penyakit kronis. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevelensi hipertensi pada penduduk berumur 18 tahun lebih sebesar 50,3 %, yaitu menurut diagnosis dokter sebanyak 8,4%, diagnosis dokter atau minum obat sebesar 8,8%, dan dengan hasil pengukuran sebanyak 34,1%, penderita hipertensi.

Prevalensi hipertensi di DIY menurut Riskesdas 2013 adalah 35,8% atau lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka nasional (31,7%). Prevalensi ini menempatkan DIY pada urutan ke-5 sebagai provinsi dengan kasus hipertensi yang tinggi. Hipertensi selalu masuk dalam 10 besar penyakit sekaligus 10 besar penyebab kematian di DIY selama beberapa tahun terakhir berdasarkan STP maupun SIRS. Laporan STP Puskesmas Tahun 2016 tercatat kasus hipertensi 29.105 kasus. Sedangkan laporan STP Rumah Sakit Rawat Jalan sebanyak 1.152 kasus (hipertensi essensial). Sedangkan berdasar STP Puskesmas tahun 2017 tercatat 20.309 kasus hipertensi. Untuk STP Rawat Jalan Rumah Sakit tercatat 12.962 kasus baru.

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

Penatalaksanaan hipertensi ada dengan cara farmakologi dan non farmakologi, farmakologi adalah dengan cara pemberian obat, hendaknya pemberian obat dimulai dengan dosis kecil dan kemudian ditingkatkan secara perlahan, dan untuk penatalaksanaan non farmakologi adalah dengan cara mengubah pola hidup seperti menurunkan berat badan jika ada kegemukan, mengurangi minum alkohol, meningkatkan aktivitas fisik aerobik, mengurangi asupan garam, serta mempertahankan asupan kalium yang adekuat.

Upaya yang dapat dilakukan oleh keluarga sendiri seperti memberikan dukungan bagi penderita hipertensi seperti mendorong dan menyemangati pasien untuk patuh minum obat, mengontrol hipertensi dengan rutin, mengukur tekanan darah serta memperbaiki gaya hidup. Tidak hanya peran dan upaya dari keluarga, tetapi juga pengetahuan dari keluarga tentang hipertensi dan cara merawat salah satu anggota keluarga yang terkena hipertensi. Permasalahan kesehatan akan teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu kemampuan mengenal masalah, kemampuan mengambil keputusan, kemampuan memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan dan kemampuan menggunkan fasiltas kesehatan yang ada (Pohan dalam Marwansyah, 2015). Selanjutnya dengan bekal pengetahuan ini akan menimbulkan kesadaran mereka, dan pada akhirnya akan menyebabkan anggota keluarga memiliki perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki.

Peran keluarga sangat penting dalam hal mewujudkan kestabilan tekanan darah dan kepatuhan pasien dalam melaksanakan terapi, jika peran keluarga tidak bisa dilakukan dengan maksimal maka berdampak klien tidak patuh dalam hal melaksanakan terapi dan menjaga kestabilan tekanan darah (Novian 2013).

Berdasarkan latar belakang dan studi pendahuluan di atas, maka peneliti tertarik untuk menulis Studi Dokumentasi Karya Tulis Ilmiah dengan judul Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi Pada Keluarga Tn “M” Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta.

1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi?

1. **Tujuan Studi Kasus**
2. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hiperetensi.

1. Tujuan Khusus

Diketahuinya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengengenai 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 KTI mahasiswa yang sudah lulus yaitu Taufiq Sulistyanto tahun 2015.

1. **Manfaat Penulisan**
2. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

1. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

1. Bagi keluarga

Meningkatakan kesehatan keluarga dengan memandirikan keluarga.

1. Bagi puskesmas

Manfaat untuk Puskesmas yaitu mendekatkan jangkauan pelayanan.

1. Bagi Akper YKY

Menjadikan media ini sebagai media pembelajaran tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi.

1. Bagi peneliti

Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan dalam mengenai pasien sehingga dapat mengaplikasikan dalam pekerjaan sebagai perawat.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. Konsep Hipertensi
3. Pengertian Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah peristen dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 80 mmHg (Smith,Torm,1995 pada padila 2013).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes RI 2013).

Menurut WHO, penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar 95 mmHg (kodim nasim, 2003 pada padila 2013).

1. Tanda dan gejala
2. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan darah oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

1. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis (edward K 1996, dalam buku padila 2013).

1. Penyebab

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu (Laily Gunawan 2001, dalam buku padila 2013)

1. Hipertensi esensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya
2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain

Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90 % penderita hipertensi, sedangkan 10% sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Faktor keturunan

Dari data stastik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orangtuanya adalah penderita hipertensi.

1. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka TD meningkat), jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan) dan ras (ras kulit hitam lebih banyak daripada kulit putih).

1. Kebiasaan hidup

adalah konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30gr) kegemukan atau makan berlebihan, stress dan pengaruh lain misalnya merokok, minum alkhohol, minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin). Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi.

1. Patofisologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut syaraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya noreepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokontruksi individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap noropinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi, pada saat bersamaan dimana syaraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi. Kelenjar adrenal juga merangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron dan korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal. Menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner&suddart, 2002 dalam buku padila 2013).

1. Faktor Resiko
2. Faktor yang tidak dapat diubah/dikontrol
3. Umur (>40 tahun)
4. Jenis kelamin
5. Riwayat keluarga
6. Genetik
7. Faktor yang dapat diubah/dikontrol
8. Kebiasaan merokok
9. Konsumsi asin/garam
10. Konsumsi lemak jenuh
11. Pengunaan jelantah
12. Kebiasaan konsumsi minum minuman beralkhohol
13. Obesitas
14. Olahraga
15. Stres
16. Penggunaan estrogen
17. Pemeriksaan penunjang
18. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
19. Pemeriksaan retina
20. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
21. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri.
22. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa
23. Pemeriksaan : renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin
24. Foto dada dan CT scan.
25. Konsep Keluarga
    1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningtkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya. Terlihat pada pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 2010).

Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burges dkk, 2010).

* 1. Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional atau bentuk normatif atau non normatif. Macklin (1988) dalam buku Padila (2013), 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 yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuan atau orangtua tiri.
3. Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier keduanya.
4. Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
5. Bujangan dewasa sendirian.
6. Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.
7. Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah
8. Keluarga non tradisional
9. Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
10. Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, berdasarkan pada hukum
11. Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
12. Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
13. Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.
    1. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

1. Patrilineal

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

1. Matrilineal

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

1. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

1. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga seadarah ayah.

1. Keluarga kawin

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

* 1. Fungsi keluarga

Lima fungsi dasar keluarga (Friedman, 2010) :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, ketika banyak tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Kemampuan untuk menyediakan kebutuhan ini merupakan penentu utama apakah suatu keluarga tertentu bertahan atau bubar.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah :

1. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkatkan sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan yang baik dalam membina hubungan dengan orang lain diluar keluarga.
2. Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anngota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaannya dan haknya.
3. Ikatan dan identifikasi, ikatan ini mulai sejak pasangan sepakat hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan dan keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri, misalnya mempunyai anak. Hubungan selanjutnya akan dikembangkan menjadi hubungan orang tua-anak dan antar anak melalui proses identifikasi.
4. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. sedangkan (soekanto 2000, dalam buku Padila 2013) mengemukakan bahwa sosialisasi adalah suatu proses dimana anggota masyarakat yang baru mempelajari norma-norma masyarakat dimana dia menajadi anggota.

Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Tahap perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai/norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

1. Fungsi reproduksi

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

1. Fungsi ekonomi

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

1. Fungsi perawatan kesehatan

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

Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhdap anggotanya dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah (Friedman, 2010):

1. Mengambil 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 kesehatan 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 Perkembangan Keluarga

Dalam siklus kehidupan keluarga terdapat tahap-tahap yang dapat diprediksi seperti halnya individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus-menerus. Keluarga sebagai sebuah unit juga mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus menerus. Keluarga sebagai unit juga mengalami tahap perkembangan yang terus menerus.

Berikut diuraikan kedelapan tahap siklus kehidupan keluarga dan tugas berkembangannya (Duval 1997, dalam Padila 2012)

* + - 1. Tahap keluarga pemula (beginning family)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak.

Tugas perkembangan keluarga :

1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan.
2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
3. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
4. Menetapkan tujuan bersama.
5. Persiapan menjadi orang tua
6. Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua).
   * + 1. Tahap keluarga sedang mengasuh anak (child bearing)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan

Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah :

1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
4. Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orangtua, kakek dan nenek
5. Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
6. Konseling KB post partum 6 minggu
7. Menata ruang untuk anak
8. Menyiapkan biaya child bearing
9. Memfasilitasi role learning anggota keluarga
10. Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
    * + 1. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah

Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan-6 tahun

Tugas perkembangan keluarga :

1. Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan.
2. Mensosialisasikan anak
3. Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain.
4. Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
5. Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak.
6. Pembagian tanggung jawab.
7. Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.
   * + 1. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah

Keluarga dengan anak pertama usia 6-13 tahun

Tugas perkembangan keluarga :

1. Mensosialisasikan anak-anak , termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
4. Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
5. Menyediakan aktivitas untuk anak.
   * + 1. Tahap keluarga dengan anak remaja

Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun

Tugas perkembangan keluarga :

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 orangtua dan anak-anak
4. Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.
   * + 1. Tahap keluarga dengan anak dewasa

Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah

Tugas perkembangan keluarga :

1. Memperluas siklus keluarga dengan memuaskan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
2. Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
3. Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.
4. Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
5. Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
6. Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.
   * + 1. Tahap keluarga usia pertengahan (middle age family)

Tugas perkembangan keluarga :

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

Tugas perkembangan keluarga :

1. Penyesuian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup.
2. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
3. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
4. Mempertahankan hubungan perkawinan
5. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
6. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
7. Malakukan life review masa lalu.
   1. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga
      * 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya.  Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus-menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya dalam Riasmini, 2017)

Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahapan pengkajian, tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga, pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup :

1. Identitas keluarga mencakup  nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku,  bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
2. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit atau alergi.
3. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, keluhan masalah hipertensi, rujukan dokter atau rumah sakit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari dan data penunjang medis individu yang sakit.
4. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah, dll.
5. Struktur keluarga mencangkup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan.
6. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga, variabel perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga.
7. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif, aspek instrumental adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain.

Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga meliputi:

1. Sumber data dalam pengkajian  keperawatan keluarga dapat diperoleh dari wawancara dengan keluarga berkaitan dengan kejadian sebelumnya dan kejadian sekarang.
2. Sumber data keluarga dapat juga diperoleh dari informasi yang tertulis atau lisan dari berbagai agensi yang berhubungan dengan keluarga atau informasi dari anggota kesehatan lain.
   * + 1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

* + - 1. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan keluarga yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosa keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi keluarga, anggota keluarga yang sakit dan koordinasi dengan tim kesehatan lain. Perencanaan mencakup penentuan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan. tahap penyusunan perencanaan Keperawatan Keluarga adalah sebagai berikut :

a) Menetapkan prioritas masalah

menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009).

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan prioritas (Maglaya, 2009)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Kriteria | Skor | Bobot |
| 1.  2.  3.  4. | Sifat masalah  Skala: Wellness  Aktual  Risiko  Potensial  Kemungkinan masalah dapat diubah  Skala: Mudah  Sebagian  Tidak dapat  Potensi masalah untuk dicegah  Skala: Tinggi  Cukup  Rendah  Menonjolnya masalah  Skala: Segera  Tidak perlu  Tidakdirasakan | 3  3  2  1  2  1  0  3  2  1  2  1  0 | 1  2  1  1 |

Sumber: Riasmini dkk, 2017

 Cara skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.
3. Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas :

1. Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
2. Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
3. Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
4. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
5. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
6. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
7. Kriteria ketiga,  yaitu potensi masalah dapat dicegah.  Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah :
8. Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
9. Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
10. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
11. Adanya kelompok *high risk*.
12. Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga.
    * + 1. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan yang ditunjukkan pada keluarga meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
2. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah,  mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
5. Motivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Padila, 2011).
   * + 1. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil, perlu disusun rencana baru yang sesuai titik semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji   kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan (Padila, 2011).

1. Konsep Ketidak efektifan Manajemen Keluarga
2. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu progam untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu (Nanda 2015-2017).

1. Batasan karakteristik
2. Akselerasi gejala penyakit seseorang anggota keluarga
3. Kurang perhatian pada penyakit
4. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan
5. Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko
6. Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan (Nanda 2015-2017).
7. Faktor yang berhubungan
8. Konflik pengambilan keputusan
9. Kesulitan mengatasi kerumitan
10. Kesulitan mengarahkan sistem pelayanan kesehatan yang rumit
11. Konflik keluarga
12. Populasi beresiko
13. Kesulitan ekonomi.
14. Intervensi Keperawatan
15. *NOC (Nursing Outcomes Classification), 5th Moorhead Sue. (2013)*
16. Normalisasi Keluarga
17. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga (2604170)
18. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan anggota yang terkena dampak (260405)
19. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga (260406)
20. Memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga(260407)
21. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga (260408)
22. Melaporkan kehidupan keluarga telah kembali ke kondisi sebelum krisis (260418)
23. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat (260419)
24. Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional
25. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (260501)
26. Berapartisipasi dalam menyediakan perawatan (260502)
27. Menyediakan informasi yang diperlukan (260503)
28. Mengidentifikasi faktor-faktor yang memperngaruhi perawatan (260505)
29. Bekerja sama dalam menentukan perawatan (260506)
30. Mendefinisikan kebutuhan dan masalah yang relevan untuk perawatan (260507)
31. Membuat keputusan ketika pasien tidak dapat melakukannya (260508)
32. Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien (260509)
33. Berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan (250510)
34. Mengevaluasi efektivitas perawatan (260511)
35. Berpartisipasi dalam perencanaan pulang (260512)
36. *NIC (Nursing Interventions Classification) 6th 2013*
37. Dukungan pengasuh(caregiver support)
38. Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver
39. Membuat pernyataan positif pada caregiver terhadap upaya yang telah dilakukan
40. Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien
41. Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien
42. Peningkatan keterlibatan keluarga
43. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan
44. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien
45. Tentukan sumber daya fisik, emosional, dan edukasi dari pemberi perawatan utama
46. Dorong anggota keluarga dan pasien untuk membantu dalam mengembangkan rencana perawatan, termasuk hasil yang di harapkan dan pelaksanaan rencana perawatan.
47. Monitor struktur dan peran keluarga
48. Berikan dukungan yang diperlukan bagi keluarga untuk membuat keputusan.
49. Dorong anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga yang sesuai
50. Mobilisasi keluarga
51. Jadilah pendengar (yang baik) untuk anggota keluarga
52. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga
53. Tentukan kesiapan dan kemampuan anggota keluarga untuk belajar.
54. Bantu pengembangan pengembalian keputusan mutual dengan anggota keluarga, terkait rencana perawatan pasien
55. Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi pasien dan perubahan gaya hidup.
56. Dukung kegiatan keluarga dalam meningkatkan kesehatan atau mengelola kondisi pasien,pada saat yang tepat
57. **Kerangka Teori**
58. Keluarga adalah Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan,adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum,meningtkan perkembangan fisik,mental,emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat pada pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. (Friedman,2010)
59. Struktur keluara
60. Patrineal d. Patrilokal
61. Matrilineal e. Keluarga Kawin
62. Matrilokal
63. Fungsi keluarga
64. Fungsi afektif
65. Fungsi sosialisasi
66. Fungsi reproduksi
67. Fungsi ekonomi
68. Fungsi perawatan kesehatan
69. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan,
70. Kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat
71. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
72. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat
73. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat.

|  |  |
| --- | --- |
| NOC label :   1. Normalisasi keluarga 2. Partisipasi keluarga dalam perawatan professional | NIC label   1. Dukungan pengasuhan   ( *caregiver support* )   1. Peningkatan keterlibatan keluarga 2. Mobilisasi keluarga |

Hipertensi

Kemandirian keluarga akan hipertensi meningkat

Faktor resiko hipertensi

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

Gambar 2.1 kerangka Teori

Masalah keperawatan keluarga

1. Ketidakefektigfan manajemen kesehatan keluarga

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

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunkan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/ kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan keperawatan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman Yogyakarta.

1. **Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data paesien Hipertensi yang diberikan asuhan Keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah ) mahasiswa yang sudah lulus yaitu Taufiq Sulistyanto tahun 2015.

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta Progam Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni yaitu dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

1. **Definisi Operasional**

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adalah 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 deskripsi definisi operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Variabel | Definisi Operasional |
|  | Hipertensi | Tekanan darah di atas 140/80 mmHg diukur oleh perawat pada  anggota keluarga. |
|  | Keluarga | Sekumpulan individu yang tinggal dalam 1 rumah dengan ikatan  perkawinan atau ikatan darah di Dusun Soropaten. |
| 3. | Ketidakefektifan  manajemen  Kesehatan keluarga | Ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan bagi  salah satu anggota keluarga yang menderita hipertensi |

1. **Instrumen Penelitian**

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif, sebagai *human instrument yang* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya, dengan didukung instrument-instrument sebagai berikut :

* 1. Data Asuhan Keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus yaitu Taufiq Sulistyanto tahun 2015
  2. Alat Tulis.

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Tekhnik 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 terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus yaitu Taufiq Sulistyanto tahun 2015.

1. **Analisa Data**

Tekhnik analisa data menggunakan tekhnik 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.

1. **Etika Studi Kasus**
   1. *Anonimity* ( tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dala penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak membeikan atau mencantumkan nama reponden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

* 1. *Confidentially* ( kerahasiaan )

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2011).

1. **Kerangka Alur Penelitian**

Membandingkan dengan teori dan hasil

Analisa

Data

Pemilihan Data

berupa

dokumen

Surat Ijin

(Administrasi)

Gambar 3.1 kerangka alur penelitian

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

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

Pada keluarga Tn M yaitu tipe keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, Tn M Berperan sebagai kepela keluarga, bekerja sebagai karyawan swasta. Dari hasil pengkajian Tn M menderita hipertensi lebih dari 10 tahun, keluarga Tn M belum mengetahui tentang Hipertensi, jika pusing sedikit biasanya pergi ke warung untuk membeli obat atau di apotek K24 untuk sekalian tensi. Tn M tidak pernah kontrol Hipertensi di Puskesmas, jika Ny M masak sayur dan dirasa kurang asin biasanya Tn M menambahkan garam sendiri karena Tn M menyukai asin-asinan dan belum mampu membedakan makanan yang boleh dikonsumsi dan yang tidak boleh dikonsumsi. Saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah pada tanggal 01 Juni 2015 yaitu TD Tn M adalah 200/100 mmHg, Ny M 140/90 mmHg dan Sdr E 120/80 mmHg. Tn M memiliki garis keturunan penderita hipertensi dari ibunya. Tahap perkembangan pada keluarga Tn M adalah tahap VI dengan anak dewasa, saat ada anggota keluarga yang sakit mereka saling membantu dan memberi semangat.

Dari hasil analisis pengkajian diagnosis yang diangkat adalah Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik hipertensi di keluarga Tn M tidak efektif dengan skor 4 2/3.

Rencana keperawatan yang disusun bersama keluarga Tn M selama 3 x kunjungan, dengan tujuan panjang ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik pada keluarga Tn M efektif, dan tujuan pendek yaitu diharapkan keluarga mampu mengenal masalah, dengan kriteria hasil : keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala dan penyebab hipertensi. Tujuan pendek yang kedua yaitu keuarga mampu merawat anggota yang sakit dengan kriteria hasil : keluarga mampu melakukan perawatan secara mandiri, mampu mengurangi jenis makanan yang harus dihindari, mampu berobat di puskesmas, dan berhenti merokok. Tujuan pendek yang ketiga yaitu keluarga mampu mengambil keputusan dengan kriteria hasil : keluarga bersedia kontrol dipuskesmas, tidak beli obat di warung/ apotek K24, mengurangi dan berhenti merokok.

Perencanaan tindakan yang disusun adalah : kontrak waktu dengan keluarga, menyampaikan tindakan, monitor TTV, memberi pankes tentang hipertensi, berikan keluarga kesempatan bertanya, dorong keluarga untuk tidak beli obat sembarangan, motivasi untuk mengurangi rokok secara bertahap, ajarkan diit hipertensi, monitor jenis makanan yang di konsumsi, anjurkan keluarga untuk berobat di puskesmas.

Implementasi yang dilakukan pada keluarga Tn.M yaitu melakukan kontrak waktu, menyampaikan tindakan yang dilakukan, memonitor vital sign, menguji kemamapuan keluarga tentang hipertensi, memberi penkes tentang hipertensi, memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya, mengajarkan diit hipertensi, memonitor jenis makanan yang dikonsumsi, menganjurkan keluarga untuk berobat di puskesmas, dan menganjurkan keluarga untuk memonitor Tn M.

Evaluasi hasil keperawatan yang telah dilakukan secara 3 kali pertemuan yaitu masalah teratasi dengan didapatkan hasil keluarga dapat mengenal masalah bagi hipertensi yaitu keluarga mengatakan senang dan paham karena sudah mengetahui tentang hipertensi, keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 penyebab hipertensi, 4 dari 6 tanda gejala hipertensi, 2 dari 4 pencegahan hipertensi, mampu mengambil keputusan yaitu mengatakan jika ada keluarga yang sakit akan berobat ke puskesmas tidak meminum obat warung sembaranga lagi, mampu merawat anggota keluarga yang sakit yaitu mengatakan akan mengurangi jenis makanan yang dihindari, mempu melakukan diit hipertensi dan akan berobat di puskesmas.

1. Genogram

\

48 thn

Ny M Tn M

49 th

Sdr E

Keterangan :

= Perempuan = sudah meninggal

= Laki- laki = Pasien

= Garis Keturunan = Tinggal 1 Rumah

= garis Perkawinan

= Sudah Meninggal

Gambar 4.1 Genogram

1. **Pembahasan**
2. Pengkajian

Pada genogram yang dibuat di dalam asuhan keperawatan hanya terdapat 2 generasi. Dalam buku Padila 2011, genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Untuk hal tersebut, maka genogram keluarga harus memuat informasi tiga generasi, menurut penulis harus dilakukan pengkajian tentang genogram secara menyeluruh sampai 3 generasi untuk mengetahui riwayat kesehatan keluarga secara menyeluruh, dan untuk mengetahui penyebab kematian dari anggota keluarga yang sudah meninggal.

Hipertensi juga berhubungan dengan riwayat kesehatan keluarga yang melibatkan gen dan diwariskan mengikuti Mendelian Inheritance Pattern. Essential Hypertension hampir semua kromosom terlibat dalam pewarisan itu. Artinya, bila ada anggota keluarga yang mengalami hipertensi, sangat mungkin diwariskan dari generasi sebelumnya (Sarkar and Pal Singh, 2015). Pada kasus yang didapat, pengkajian Hipertensi yang dilakukan hanya terhadap Tn M, menurut Friedman pengkajian yang dilakukan terhadap keluarga harus menyeluh kepada seluruh anggota keluarga. Perlu dilakukan pengkajian menyeluruh bukan hanya kepada Tn M tetapi kepada Ny M, untuk mengetahui bagaimana riwayat kesehatan keluarga Ny M sebelumnya untuk mengantisipasi penurunan gen Hipertensi kepada Sdr E atau anak dari Tn M dan Ny M.

Hipertensi memerlukan pengobatan jangka panjang bahkan seumur hidup (Zullies, 2009). Keberhasilan pengobatan tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan kontrol, tetapi juga kepatuhan minum obat anti hipertensi. Untuk patuh minum obat, diperlukan motivasi dari penderita hipertensi. Komplikasi akan terjadi apabila penderita hipertensi tidak memiliki motivasi untuk patuh meminum obatnya. Bila penderita bisa patuh minum obat, tekanan darahnya akan terkontrol dan terhindar dari komplikasi. Sebagai dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian pada penderita akibat komplikasi yang dimilikinya (Ramitha, 2008). Pada kasus yang terdapat Tn M tidak meminum obat secara rutin, perlu dilakukan pengkajian mendalam penyebab Tn M tidak mau meminum obat secara rutin, apakah karena kurangnya motivasi dari keluarga, apakah karena ada efek samping dari obat tersebut, apakah kurangnya penyuluhan pentingnya meminum obat anti hipertensi, apakah juga terkait biaya untuk membeli obat anti hipertensi tersebut, agar saat penyusunan Intervensi dapat sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada Pengkajian yang didapatkan Tn “M” dan keluarga belum mengetahui tentang Hipertensi, karena saat ditanya keluarga tampak bingung. Pengetahuan merupakan hal yang penting dalam manajemen suatu keadaan sakit dari seseorang dan juga dapat manajemen diri agar dapat terhindar dari penyakit. Dari penelitian yang dilakukan oleh Karaeren et al. (2009) di Turkey, menunjukan bahwa pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan memiliki tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yang tinggi juga. Pada penelitian ini disimpulkan bahwa pengetahuan sangat penting dalam suatu pengobatan dan sangat berkaitan erat dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatannya. Pada kasus ini belum dilakukan pengkajian mendalam apa yang menyebabkan keluarga belum mengetahui tentang Hipertensi, perlu dikaji faktor pengalaman keluarga dalam hipertensi, akses terhadap fasilitas kesehatan dan sarana prasarana yang di terdapat pada keluarga.

1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan yang ditegakkan adalah ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik, yaitu masih menggunakan satu diagnosa dengan 5 penyebab/etiologi yang menggunakan pendekatakan 5 tugas kesehatan keluarga. Penulisan diagnosis keperawatan saat ini menggunakan *single diagnosis*, yaitu Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga, perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar (NANDA), dengan batasan karakteristik yaitu :

* + - * 1. Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga.
        2. Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko, karena masih sering mengkonsumsi makanan yang tinggi garam.
        3. kesulitan dengan regimen yang ditetapkan, karena keluarga belum mengetahui tentang hipertensi, belum mengetahui makanan yang boleh dikonsumsi dan yang harus dihindari
        4. ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, karena keluarga masih sering membeli obat sembarangan di warung saat sakit kepala, membeli obat di Apotek K24 tanpa resep dokter.
        5. kurang perhatian pada penyakit, karena Tn M tidak meminum obat secara rutin. (NANDA 2015-2017).

1. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pendoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien ( Setiadi 2012.

Tahap penyusunan perencanaan yang pertama adalah Menentukan prioritas diagnosa keperawatan dengan menggunakan skoring. Menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari Maglaya (2009). Pada kasus ini menurut penulis dibagian menentukan skoring sifat masalah dengan skala 3 (aktual) sudah tepat karena Tn M sudah menderita hipertensi selama 10 tahun lebih, kemungkinan masalah dapat diubah dengan skor 1( hanya sebagian) juga sudah tepat dengan faktor pendukung adalah jarak antara rumah ke pelayanan kesehatan bisa ditempuh dengan sepeda, keluarga mempunyai JAMKESMAS, ada yang mengantar ke pelayanan kesehatan, faktor penghambatnya yaitu Tn M memiliki riwayat hipertensi dari ibunya, dan jarang kontrol karena sibuk dengan pekerjaannya. Kemudian menonojolnya masalah dengan skor 2 (masalah harus segera ditangani) juga sudah tepat karena Tn M mengatakan kalau penyakit hipertensi harus segera ditangani, dan jika ada keluarga yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan.

Menurut penulis bagian skoring yang kurang tapat adalah bagian potensi masalah untuk dicegah yaitu dengan skala 2 atau cukup, menurut penulis bagian potensi masalah untuk dicegah yaitu dengan skala 1 atau rendah, karena Tn M tidak mau minum obat secara rutin, masih membeli obat di warung dan apotek K24 tanapa resep dokter, dan belum mengetahui tentang hipertensi.

Perencanaan yang kedua adalah membuat tujuan dan kriteria hasil penyusunan tujuan pada kasus ini masih menggunkan tujan Panjang dan tujuan pendek dengan pendekatan tujuan yaitu mampu tercapainya 5 tugas kesehatan keluarga, untuk penulisan tujuan saat ini menggunakan NOC, dan terdapat NOC label, contoh dalam NOC label pada kasus ini yaitu Normalisasi keluarga, dan Partisipasi keluarga dalam perawatan Profesional.

Perencanaan kriteria hasil yang dibuat ada yang terdapat di dalam NOC dan ada yang tidak terdapat, pada NOC yang dibuat adalah keluarga mampu melakukan perawatan hipertensi secara mandiri yang terdapat pada NOC label Normalisasi Keluarga yaitu mampu memeneuhi kebutuhan fisik keluarga. Keluarga mampu mengurangi jenis makanan yang harus dihindari dan mampu berobat di puskesmas yang terdapat pada NOC label bagian normalisasi keluarga yaitu keluarga mampu mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat. Keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala dan pencegahan hipetensi sesuai yang terdapat pada NOC label partisipasi keluarga dalam perawatan profesional yaitu mampu menyediakan informasi yang diperlukan.

Pada tahap penyusunan perencanaan, intervensi yang disusun juga ada yang terdapat di dalam NIC dan tidak, perencanaan yang terdapat di dalam NIC adalah uji kemampuan keluarga tentang hipertensi yang terdapat pada NIC label dukungan pengasuh yaitu mengkaji tingkat pengetahuan pasien. Memberikan penkes tentang hipetensi dan mengajarkan diit hipertensi yang terdapat pada NIC yaitu Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang dibutuhkan. Melakukan kontrak waktu dan menyampaikan tindakan yang dilakukan yang terdapat pafa NIC yaitu Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan. Kemudian menganjurkan kepada keluarga Tn M untuk memonitor Tn M yang terdapat pada NOC yaitu kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi pasien dan perubahan gaya hidup.

1. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dengan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga. Menurut Meliany (2019) yaitu pelaksanaan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independent atau secara mandiri dan tindakan kolaborasi, tindakan independent seperti mengajarkan diit hipertensi, memonitor TTV dan kolaborasi dengan keluarga dengan mengikutsertakan keluarga dalam memberikan pendidikan kesehatan agar semua paham.

1. Evaluasi Keperawatan

Setelah pelaksanaan keperawatan selama 3 X kunjungan pada keluarga Tn M masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu teratasi hal ini sesuai dengan tujuan panjang yaitu ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik hipertensi di keluarga efektif, tujuan pendek keluarga mampu mengenal masalah, mampu merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga mampu mengambil keputusan dengan kriteria hasil keluarga mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala dan penyebab hipertensi. Keluarga mampu melakukan perawatan secara mandiri, mampu mengurangi jenis makanan yang harus dihindari, mampu berobat di puskesmas, dan berhenti merokok, keluarga bersedia kontrol dipuskesmas, tidak beli obat di warung/ apotek K24, mengurangi dan berhenti merokok. Evaluasi yang digunakan pada kasus ini yaitu menggunakan evaluasi hasil dengan SOAP, dan tidak menggunkan evaluasi proses. Menurut penulis hasil evaluasi sudah teratasi kurang sesuai, karena pada evaluasi yang ditulis adalah keluarga akan melakukan belum sudah melakukan, menurut penulis sebaiknya evaluasi yang ditulis adalah masalah teratasi sebagian.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Dari hasil studi kasus ini didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan dibawah ini, 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 karakteristik, meskipun etiologi masih menggunakan 5 tugas kesehatan keluarga.
  3. Diketahuinya rencanan keperawatan bagian tujuan, kriteria hasil dan intervensi belum sepenuhnya mengacu pada NOC dan NIC.
  4. Diketahuinya Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dengan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga.
  5. Diketahuinya evaluasi keperawatan hanya menggunakan evaluasi hasil tidak menggunakan evaluasi proses, tetapi evaluasi sudah sesuai dengan tujuan yang dibuat.

1. **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 Keluarga Pasien

Diharapkan Keluarga pasien untuk rajin kontrol ke Pelayanan kesehatan untuk memonitor tekanan darah, membaca leaflet, poster tentang hipertensi dan sering menghadiri penyuluhan.

* + 1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat sebagai referensi lain serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi.

* 1. Bagi institusi Pendidkan Akper “YKY” Yogyakarta

Diharapkan dapat dijadikan referensi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman nyata khususnya dalam bidang ilmu keperawatan keluarga.

.

DAFTAR PUSTAKA

Asuhan Keperawatan yang dilampirkan dalam Karya Tulis Ilmiah Taufiq

Sulityanto tahun 2015

Achar,K. (2010). *Aplikasi Praktis asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta : Sagung

Seto

Bulechek, G.M.,dkk. (2013). *Nursing Interventions Classification (6th ed*).

Singapore : Elesevier Inc

Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. (2018). *Profil Kesehatan*

*D.I Yogyakarta Tahun 2018.* Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi

D.I.Yogyakarta. Diakses 20 Februari 2020, dari

<https://www.dinkes.jogjaprov.go.id>

Friednam,M.S., Bowdwn,V.R., & Jones,E.G. (2010). *Buku ajar keperawatan*

*keluarga* (5th  ed ). Jakarta : ECG.

Hafrianto,M.N., Kurnia,E. (2013). *Derajat Hipertensi (Menurut WHO)*

*mempengaruhi kualitas tidur dan stres psikososial*. Jurnal stikes., 6

<https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=derajat+hipertensi+menurut+who+mempengaruhi+kialitas+tidur+dan+stres+psikososial&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3Dq2iFUSIItOAJ>.

Herdman, T.H, & Kamitsuru,S. (2018). *Nursing diagnoses: definitions &*

*Classification* (10th ed). Jakarta : EGC

Kementrian kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018.* Diakses 22

Februari 2020, dari

<http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf>

Mardhinah, A., Abdullah, A., Hermansyah (2015) Pendidikan Kesehatan Dalam

Peningkatan pengetahuan, Sikap dan Ketrampilan Keluarga dengan Hipertensi

Diakses tanggal 24 Juni 2020 dari

<http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/view/5310>

Mardiani, R. Menuliskan Tujuan dan Kriteria Hasil Perencanaan Keperawatan

Diakses tanggal 20 Juni 2020 <https://osf.io/preprints/inarxiv/7mezq/>

Melliany, O. (2019) Konsep dasar Proses Keperawatan dalam Memberikan

Asuhan Keperawatan (Askep) diakses tanggal 1 Juni 2020 dari

<https://osf.io/preprints/5kdnf/>

Moorhead,S.,dkk. (2013) *Nursing Outcomes Classification* (5th ed). Singapore :

Elesevier Inc

Padila. (2013). *Asuhan keperawatan penyakit dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Padila. (2012). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Rahmawati, Erna., Rimasari, A.P., Monita, E.R.M., (2019). Penyuluhan Hipertensi

Pengecekan Tekanan Darah, Kadar Gula Dalam Darah, Kolestrol serta Asam

Urat. Diakses tanggal 24 Juni 2020 dari

<http://ojs.iik.ac.id/index.php/JCEE/article/view/289/149>

Rawasih, A.B., Wahiduddin., Rismiyati. Hubungan Faktor Konsumsi Makanan

Dengan Kejadian Hipertensi pada lansia di Puskesmas Patinggaloong. Diakses

25 Juni 2020 dari <https://core.ac.uk/download/pdf/25496177.pdf>

Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M.,

Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikassi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyaraka.* Jakarta: UI-Press.

Situmorang, P.R (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian

Hipertensi pada penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Sari Mutiara Medan. Diakses tanggal 23 Juni 2020

<http://ojs.iik.ac.id/index.php/JCEE/article/view/289/149>

Setiawan., Suhanda., Roslianti,E., Fitriani,A., & Firmansyah,A., (2018). *Promosi*

*kesehatan pencegahan hipertensi sejak dini*., jurnal abdimas Umtas., 1,44.

<https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=promosi+kesehatan+pencegahan+hipertensi+sejak+dini&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3Dd6ZldlSPZl4J>.

Soemitro, D.H., (2014). Analisa tingkat Health Literacy dan Pengetahuan Pasien

Hipertensi di Puskesmas Kabupaten Malang.

Sudhiharto (2012) Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan

Keperawatan Transkultural. Jakarta : EGC Diakses 26 Juni 2020, dari

http//pbperkeni.or.id/doc/consesus

Tarigan, A.P., Lubis, Z., & Syarifah. (2018). *Pengaruh pengetahuan sikap dan dukungan keluarga terhadap diet hipertensi di desa hulu kecamatan pancur baru* *Jurnal Kesehatan.,* 11,10.

<https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=pengaruh+pengetahuan+sikap+dan+dukungan+keluarga+terhadap+diet+hipertensi+di+desa+hulu+kecamatan+pancur+baru+jurnal+kesehatan%2Cvolume+11&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3Ddmtknou_-RQj>

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 : Tantri Rahmauidna Ristyani

NIM : 2317071

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 : Tantri Rahmaudina Ristyani

NIM : 2317071

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)

Lampiran 3

**A. Struktur dan Sifat Keluarga**

**1. Identitas Kepala Keluarga**

a. Nama :Tn. M

b. Umur :49 tahun

c. Jenis Kelamin :Laki-Laki

d. Agama : Islam

e. Pendidikan Terakhir : SLTA

f. Pekerjaan :Karyawan Swasta

g. Alamat :Patukan, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta

h. Suku/Kebangsaan : Jawa,Indonesia

i. Jumlah anggota keluarga :2 anggota Keluarga

**2. Data anggota keluarga**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama | Umur | Agama | L/P | Hubungan | Pendidikan | pekerjaan | Ket |
|  | Ny M | 48th | islam | P | Istri | SMK | IRT | - |
|  | Sdr E | 21TH | Islam | L | Anak | SLTA | Swasta | - |

1. **Anggota keluarga yang meninggal dalam 6 bulan terakhir**

Keluarga Tn. M mengatakan dalam enam bulan terahir tidak ada anggota keluarga yang meninggal dunia.

1. **Tempat Tinggal Masing-masing Anggota Keluarga**

Keluarga Tn. M mengatakan semua anggota keluarga tinggal dalam satu rumah.

1. **Struktur dan Tipe Keluarga**

Keluarga Tn. M merupakan keluarga inti, karena terdiri dari ayah, ibu, anak. Termasuk dalam patrilineal, karena di sekitar rumah terdapat saudara dari ayahnya.

1. **Tahap Perkembangan Keluarga**

**a. Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini**

Tahap perkembangan keluaga Tn. M adalah tahap pelepasan, karena masihh ada anaknya yang berumur 21 tahun.

**b. Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi**

Keluarga Tn.M mengatakan ada tugas yang belum terpenuhi karena menambah anggota baru melalui pernikahan anaknya belum terlaksana

1. **Fungsi Perawatan**

**a. fungsi perawatan**

a) Kemampuan keluarga untuk mengenal masalah

Tn. Mmengatakan bahwa dirinya telah menderita penyakit Hipertensi lebih dari 10 tahun. Keluarga Tn. M mengatakanbelum tahu tentang hipertensi.Di buktikan dengan keluarga tampak bingung saat di tanya tentang hipertensi.

Kemampuan keluarga untuk mengenal masalah merokok keluarga Tn. M mengatakan sudah mengetahui bahaya dari merokok.

Kemampuan keluarga untuk mengenal masalah depresi keluarga Tn. M mengatakan sudah mengetahui tentang depresi, karena setiap kontrol selalu konsul kepada dokter.

b) Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan

Keluarga Tn. M mengatakan jika ada keluarga yang sakit langsung di bawa ke Rumah Sakit atau Puskesmas. Tn. M mengatakan jika merasa pegal-pegal di pundak dan merasa pusing kemudian beli obat di K24 walaupun dekat juga buka 24 jam. Tn. M mengatakan jika pusing sedikit lalu pergi ke warung beli obat sakit kepala. Tn. M mengatakan jika beli obat di k24 sekalian di tensi

Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan merokok, di buktikan dengan keluarga Tn. M mengatakanTn. M masih merokok walaupun sudah di ingatkan. Tn. M mengatakan susah untuk mengurangi rokoknya.

c) Kemampuan keluarga merawat

Tn. M mengatakan minum obat tidak rutin

Tn. M mengatakan tidak pernah kontrol d puskesmas. Tn. M mengatakan jika Ny. M masak sayur dan sayurnya kurang asin lalu di tambahkan garam sendiri. Tn. M mengatakan suka asin-asinan.Keluarga Tn. M mengatakan belum mampu membedakanmakanan yang boleh di konsumsi dan yang tidak boleh di konsumsi.

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit dengan depresi, Tn. M mengatakan Ny. M sering sendirian dirumah. Tn. M mengatakan tidak pernah memantau Ny. M di rumah karena sibuk dengan pekerjaannya.Tn. M mengatakan Ny. M sekarang belum bisa kontrolKeluarga Tn. M mengatakan jika Ny. M melamun kemudian Tn. M hanya menapuk pundaknya saja agar tidak melamun.Tn. M mengatakan membiarkan Ny. M jika Ny. M mau ikut bantu- bantu di acara hajatan tetangga.

d) Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan

Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif untuk penderita hipertensi sudah tepat di buktikan dengan keluarga Tn. M mengatakan lingkungan di rumahnya tenang tidak berisik serta ventilasi melalui pintu dan jendela yang sering di buka. Rumah keluarga Tn. M tampak bersih dan tertata dengan rapi. Lingkungan keluarga dengan tetangga juga baik.

e) Kemampuan memanfaatka pelayanan kesehatan

Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan sudah benar di buktikan jika ada anggota keluarga yang mengeluh sakit langsung di periksakan ke pelayanan kesehatan untuk berobat

**b. Fungsi Biologis**

Keluarga Tn. Mtelah menjalankan fungsi biologisnya dengan baik terbukti dengan telah mempunyai 1 anakyang kini sudah beranjak dewasa.

**c. Fungsi Ekonomis**

Keluarga mengatakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari penghasilan didapat dari ayahnya.

**d.Fungsi Psikologis**

Semua anggota keluarga Tn. M saling mengasihi dan menyayangi antara satu dengan yang lainnya.Keluarga mengatakan tidak terganggu dengan keadaan saat ini, keluarga Tn. M tidak mempunyai masalahdengan angota keluarga dan juga masyarakat. Keluarga Tn. M telah menjalankan fungsi psikologisnya dengan baik.

**e. Fungsi Pendidikan**

Fungsi pendidikan keluarga Tn. M telah berjalan baik. Terbukti dengan keluarga Tn. M mampu menyekolahkan anaknya sampai tamat.Tn. M mempunyai pendidikan formal yaitu lulusan SLTA sedangkanNy. Mlulusan SMK.

**f. Fungsi Agama**

Keluarga Ny. S menjalankan fungsi agama dengan baik.Semua anggota keluarga taat beribadah, walaupun dalam menjalankan ibadah sholat 5 waktu kadang belum tepat waktu. Semua anggota keluarga Tn. M selalu berdo’a demi kesembuhan Tn. M yang menderita hipertensi.

**g. Apgar Keluarga**

Fungsi keluarga berjalan secara baik, terbukti dengan skor pada apgar keluarga bernilai 8 ( skor 7-10 berarti baik).

1. **Sistem Pendukung Keluarga**

Pada saat ini Tn. M menderita penyakit hipertensi. Keluarga Tn. M mengatakanmemiliki jaminan JAMKESMAS. Jarak rumah Tn. M dengan pelayanan kesehatan terdekat kurang lebih berjarak 300 meter. Keluarga Tn. M sangat mendukung perawatan dan pengobatan Tn. M yang menderita hipertensi, dan Ny. M yang menderita depresi.Keluarga Tn. M selalu saling membantu satu sama lain jika sakit. Keluarga Tn. M memiliki 1 sepeda motor yang dapat digunakan untuk berobat ke puskesmas atau rumah sakit.

1. **Genogram**

Ket:

= Laki-laki = Sudah meninggal

= Perempuan = Pasien

= Garis keturunan = Tinggal 1 rumah

= Garis Perkawinan

1. **Status Kesehatan Keluarga Inti**

**a. Status Kesehatan Anggota Keluarga**

1) Tn. M

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari Senin, jam 09.00 WIB, tanggal 01Juni 2015 didapatkan data kesehatan :

Kepala berbertuk mesochepal, kulit kepala bersih,mata bersih dan tidak ada cairan yang keluar dari matanya, hidung bersih, fungsi pembauan baik, tidak ada secret yang keluar, mukosa bibir tidak ada stomatitis, mukosa kering, telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada cerumen yang keluar dari telinga, pergerakan leher baik tidak ada peningkatan JVP,dari hasil auskultasi terdengar suara jantung S1 : lup dan S2 : dup, tidak terdengar suara jantung tambahan. tidak ada nyeri tekan, dada simetris. Pada perut tidak ada nyeri tekan.kulit tampak bersih. Anggota ekstrimitas lengkap tidak terdapat penurunan tonus otot pada kedua kaki. Kuku pasien tidak panjang. Tekanan Darah : 200/100 mmHg, Respiransi : 22x/menit, Nadi : 80x/menit, suhu :36,5°C.BB: 57 kg TB: 158 cm IMT: 21,89

2) Ny. M

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari senin, jam 09.00 WIB, tanggal 01Juni 2015 didapatkan data kesehatan :

Kesadaran compos mentis, Kepala Ny. M berbertuk mesochepal, rambul lurus, kulit kepala bersih, fungsi penglihatan Ny. M mulai berkurang, mata bersih dan tidak ada cairan yang keluar dari matanya, hidung bersih, fungsi pembauan baik, tidak ada secret yang keluar, mulut dan mukosa lembab, telinga tidak ada cerumen yang keluar dari telinga, kulit tampak bersih. Pergerakan leher baik tidak ada peningkatan JVP, dada simetris dan tidak terdengar wheezing ataupun ronchi,dari hasil auskultasi terdengar suara jantung S1 : lup dan S2 : dup, tidak terdengar suara jantung tambahan. Tidak ada nyeri tekan dada. Tidak ada pergeseran batas jantung. Perut simetris tidak ada nyeri tekan, anggota ekstrimitas lengkap dan tidak ada kelainan, tidak menggunakan alat bantu. Denyut nadi radialis teraba kuat. Tekanan Darah : 140/90 mmHg, Respirasi : 22x/menit, Nadi : 80x/menit,suhu : 36°C. BB: 54 kg TB: 158 cm IMT: 21,68

3) Sdr. E

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari Senin, jam 15.00 WIB, tanggal 01 Juni 2015 didapatkan data kesehatan :

Kepala Sdr. E berbertuk mesochepal, rambul ikal, kulit kepala bersih, fungsi penglihatan Sdr. E baik dan tidak mengunakan kaca mata, mata bersih dan tidak ada cairan yang keluar dari matanya, hidung bersih, fungsi pembauan baik, tidak ada secret yang keluar, mulut dan murkosa bibir tidak ada stomatitis, mukosa lembab, telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada cerumen yang keluar dari telinga, pergerakan leher baik tidak ada peningkatan JVP, dada simetris dan tidak terdengar wheezing ataupun ronchi, terdengar suara jantung S1 : lup dan S2 : dup, tidak terdengar suara jantung tambahan. Perut simetris tidak ada nyeri tekan, anggota ekstrimitas lengkap dan tidak ada kelainan, tidak menggunakan alat bantu. Tekanan Darah : 120/80 mmHg, Respirasi : 22x/menit, Nadi : 80x/menit,suhu : 36°C.Sdr. E mengatakan tidak ada keluhan.

BB: 55 kg TB: 158 cm IMT: 22,08

**b. Penyakit Yang Diderita**

1) Tn. M mengatakan menderita hipertensi sudah lebih dari 10 tahun yang lalu. Tn. M mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mendirita penyakit yang sama seperti Tn. M.

2) Tn. M mengatakan Ny. M menderita depresi sejak tahun 2000. Dan tidak ada riwayat gangguan mental sebelumnya.

**c. Anggota Keluarga Yang Menderita Penyakit Keturunan**

Tn. M mengatakan memiliki garis keturunan penderita hipertensi dari ibunya.

**d. Anggota Keluarga Yang Menderita Cacat**

Anggota keluarga Tn. M tidak ada yang menderita cacat.

**e. Adakah Keluarga Yang Berpenyakit Kronis**

Pada keluarga Tn. M ada yang menderita penyakit kronis, yaitu Tn. M yang menderita hipertensi lebih 10 tahun.

**f. Perilaku pencarian pengobatanpelayanan keseahatan**

**1) Kebiasaan Memeriksakan Diri**

Keluarga Tn. M selalu memeriksakan anggota keluarganya ke Puskesmas bila dirasa ada keluhan dalam kesehatan bagi anggota keluarga.

**2) Kebiasaan Minum Obat**

Tn. M saat ini menderita hipertensi dan selalu minum obat jika merasa pusing dan pegal di pundak, itupun beli obatnya di warung tidak ada resep dari Dokter.

1. **Hobi masing-masing anggota keluarga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama | Macam hobi | manfaat | waktu | Tempat |
| 1 | Ny M | Menjahit | Hiburan | sore | Rumah |
| 2 | Sdr E | Menonton TV | Hiburan | Sore | Rumah |

**12. Hubungan Antar Anggota Keluarga**

Keluarga Tn. M mengatakan hubungannya dengan anggota berjalan dengan baik, begitu pula dengan anaknya. Apabila ada masalah biasanya diselesaikan dengan musyawarah bersama.

**13. Yang Berpengaruh Dalam Pengambilan Keputusan**

Dalam keluarga Tn. M anggota keluarga yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan ialah Tn. M dan Ny. M

**14. Kebiasaan Anggota Keluarga**

**a. Kebutuhan Nutrisi Dalam Keluarga**

Tn. M mengatakan dia dan anggota keluarga lain makan sehari 3 x dengan jenis makanan nasi, lauk, dan sayur habis 1 porsi. Waktu makan teratur.Seluruh anggota keluarga Tn. M mengatakan tidak merasa mual dan muntah.

**b. Minuman Keluarga**

Tn. M mengatakan dalam keseharian keluarga Tn. M minum setiap hari + 6 gelas, minum keluarga adalah air putih dan terkadang

anggota keluarga lain minum teh yang diperoleh dari sumur gali dan direbus hingga masak sebelumya.

**c. Pola Istirahat**

Tn. M dan anggota keluarga biasanya tidur mulai pukul 22.00 WIB dan terbangun pada pukul 05.30 WIB. Tergantung shift kerjanya. Tidak ada yang mengalami gangguan tidur.

**d. Rekreasi**

Tn. M mengatakan jarang melakukan rekreasi.

**e. Pemanfaatan Waktu Senggang**

Tn. M mengatakan bila mempunyai waktu senggang di manfaatkan untuk menonton TV atau istirahat di rumah.

**f. Pola Eliminasi**

Tn. M dan anggota keluarga lain biasanya BAB 1x/hari di WC,Keluarga Tn. M tidak mengeluhkan masalah pada pola BAB. BAK masing-masing anggota keluarga kurang lebih 4 hingga 5 kali/hari (@ 150 cc). Keluarga Tn. M tidak ada yang mengeluhkan kelainan pada pola BAK.

**g. Hygiene Eliminasi**

Tn. M dan masing – masing anggota keluarga mengatakan mandi 2x dalam satu hari menggunakan sabun mandi,Keluarga menggosok gigi

2x sehari dengan pasta gigi saat mandi. Tn. Mmencuci rambut 2x seminggu dengan shampoo.

**h. Kebiasaan Anggota Keluarga Yang Merugikan Kesehatan**

Dalam keluarga Tn. M tidak ada yang mempunyai kebiasaan yang merugikan kesehatan seperti merokok, peminum alkohol ataupun pengguna NAPZA.

**B. Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya**

**1. a. Penghasilan utama**

Penghasilan utama keluarga Tn. M diperoleh dari penghasilan Tn. Mdalam sebulan kurang lebih Rp.1.800.000,00dari uang gaji Karyawan Swasta.

**2. Pemanfaatan Dana Keluarga Perbulan**

a. Biaya kebutuhan pokok : Rp550.000,00

b. Biaya kesehatan : Rp 200.000,00

c. Biaya tabungan : Rp 200.000,00

d. Biaya tidak terduga : Rp 400.000,00

e. Biaya perbaikan rumah : Rp -

f. Biaya pakaian : Rp 250.000,00

g. Biaya rekreasi : Rp 200.000,00

h. Biaya pendidikan : Rp -

**3. Kecukupan Penghasilan Keluarga Untuk Memenuhi Kebutuhan**

Tn. M mengatakan penghasilah keluarga setiap bulan dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Tn. M mengatakan penghasilan keluarganya dirasakan mencukupi kebutuhan sehari-hari untuk kebutuhan sebulan.

**4. Pengolahan Keungan Dalam Keluarga**

Pengolahan keuangan bersama-sama dipegang oleh Tn. M dan Ny. M

**5. Keadaan Ekonomi**

Keluarga Tn. M termasuk dalam keluarga Sejahtera 3 plus, karena keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan dasar (sandang, pangan, papan, agama), kebutuhan sosial psikologis (pendidikan, interaksi dengan keluarga dan lingkungan), kebutuhan perkembangan (menabung dan memperoleh informasi), dan telah memberikan sumbangan (kontribusi) maksimal terhadap masyarakat dan berperan secara aktif dalam masyarakat.

**6. Hubungan Anggota Keluarga Dengan Masyarakat**

Keluarga Tn. M mempunyai hubungan yang baik dalam masyarakat. Tn. M selalu aktif mengikuti kegiatan di masyarakat seperti kumpulan, kerja bakti.

**7.Pendidikan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama | Formal | Non Fo  rmal | Tamat/Tidak | Ket |
| 1  2 | Ny. M  Sdr. E | SMK  SLTA | -  - | Tamat  Tamat | -  - |

**8. Budaya**

Keluarga Tn. M menganut budaya Jawa. Dalam kebudayaan yang dianut keluarga Tn. M tidak ada yang merugikan kesehatan.

**9. AgamaSpiritual Keluarga**

Keluarga Tn. M semua beragama Islam dan menjalankan ibadah sesuai ketentuan. Keleuarga Tn. M rutin dalam menjalankan sholat lima waktu.

**C. Faktor Rumah dan Lingkungan**

**1. Rumah**

Luas pekarangan ruamah keluarga Tn. M kurangan lebih 110m2

.Status kepemilikan rumah keluarga Tn. M adalah masih menumpang, jenis rumah keluarga Tn. M ialah rumah petak, Jenis bangunan rumah keluarga Tn. M ialah bangunan permanen, Atap rumah keluarga Tn. M ialah atap genting, langit–langit rumah keluarga Tn. M adalah tidak ada. Lantai rumah Tn. M adalah keramik. Ventilasi rumah memenuhi syarat kesehatan, yaitu lebih dari 10 % lantai yang terdiri dari lubang angin–angin, jendela, dan pintu. Setiap hari ruang rumah dapat tersinari cahaya matahari. Cahaya matahari dapat masuk ke ruangan rumah, penerangan malam hari menggunakan lampu listrik.

**2. Perabotan Rumah**

Perabotan rumah tertata rapi, dan bersih. Tn. M mengatakan masak menggunakan kompor gas. Tn. M mengantakan makanan disimpan di dalam tempat saji. Ny. M mengatakan jika menggunakan alat–alat makan seperti piring, sendok, mangkok dan lain-lain, maka setelahnya dicuci dan diletakkan di rak.

**3. Pengolahan Sampah**

Tn. M mengatakan pengolahan sampah dengan dikumpulkan dan pada pagi hari kemudian dibakar. Tn. M mengatakan mempunyai tempat pembuangan sampah.

**4. Sumber Air**

Tn. M mengatakan air untuk kebutuhan tiap hari dieroleh dari sumur gali. Kondisi air tampak bersih, tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna, kuwalitas sumur gali keluarga Tn. M dalam kondisi baik. Jarak sumber air dengan saptic tank lebih dari 10 m.

**6. Jamban Keluarga**

WC keluarga Tn. M berada di belakang rumah. WC leher angsa, jarak dengan sumber air lebih dari 5 m.

**7. Pembuangan Air Limbah**

Pembuangan air limbah melalui got yang tertutup dan lancar alirannya. Bak penampungan limbah air limbah terletak di belakang rumah dan jaraknya dari sumber air lebih dari 10 m.

**8. Kandang Ternak**

Keluarga Tn. Mmemiliki kandang ternak, yaitu memelihara ayam di samping rumah. Jarak dengan rumah kira-kira 5 meter.

**9. Kamar Mandi**

Kamar mandi keluarga Tn. M berada di belakang rumah dan menjadi satu dengan WC keluarga. Keadaan kemar mandi bersih dan tidak licin, penerangan kamar mandi cukup.

**10. Halaman Rumah**

Keluarga Tn. M **mengatakan** mempunyai halaman rumah walaupun tidak luas.

**11. Lingkungan Rumah**

Lingkungan rumah bersih, tidak bising. Kondisi lingkungan rumah bersih. Rumah terletak di pinggir kota tidak jauh dari jalan raya.

**12. Fasilitas Social, Pendidikan dan Kesehatan**

Jarak rumah Tn. M dengan fasilitas pendidikan yaitu TK (400 meter), SD (600 meter), SMP (2 km). Jarak rumah dengan warung terdekat kurang lebih 200 meter, jarak rumah dengan Puskesmas terdekat kurang lebih 300meter. Jarak rumah dengan dengan masjid adalah 300 meter.

**D. Kesehatan Lansia**

Tidak terdapat lansia di dalam keluarga Tn. M

**E. Riwayat Kesehatan Mental dan Psikososial**

**1. Memenuhi Kebutuhan jiwa**

Keluarga Tn. M mengatakan lingkungan disekitar tempat tinggalnya aman dan nyaman. Jarang terjadi tindak kriminal dan kekerasan.Keluarga memiliki semangat untuk maju. Keluarga Tn. M mengatakan bahagia bisa berkumpul dengan keluarga.

**2. Pemenuhan Status Sosial**

Keluarga Tn. M mengatakan dalam masyarakat saling membantu, merasa tidak di asingkan dan hubungan dengan tetangga baik.

**3. Riwayat kesehatan mental keluarga**

Tn. M mengatakan Ny. M pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa dr. Sardjito pada tahun 2000 di rawat selama 1 minggu. Kemudian dinyatakan sembuh lalu kambuh lagitahun 2014.

**4. Gangguan mental pada anggota keluarga**

Tn. M mengatakan ada salah satu anggota keluarganya yang terganggu mentalnya yaitu istrinya. Keluarga Tn. M tidak ada yang merasa tertekan.

**5. Tingkah Laku Keluarga Yang Menonjol**

Penampilan atau tingkah laku keluarga Tn. M biasa saja. Tidak ada anggota keluarga yangbertingkah laku menonjol.

**6. Harapan Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Tn. Mmengatakan layanan kesehatanyang ada sudah memberikan pelayanannya dengan baik sehingga perlu dipertahankan lagi.

**F. Persepsi dan Tanggapan Keluarga Terhadap Masalah**

**1. Persepsi Keluarga Terhadap Masalah Yang Dihadapi**

Keluarga Tn. M menyadari ada anggota keluarga yang mengalami atau menderita hipertensi dan depresi, dan keluarga berusaha memecahkan

masalah dengan memeriksakan dan berobat ke sarana kesehatan yang memadai. Keluarga Tn. M mengatakan kalau ada masalahkesehatan harus segera ditangani.

**2. Mekanisme Koping Keluarga Terhadap Masalah**

Keluarga dapat menerima keadaan Tn. M yang saat ini menderita hipertensi dan Ny. M menderita depresi. Keluarga juga telah berusaha meningkatkan status kesehatan Tn. M dan Ny. M dengan berobat ke sarana kesehatan.

**ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | MASALAH | PENYEBAB |
| |  |  | | --- | --- | | Ds :  -Tn. M mengatakan  menderita hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.  - Tn. M mengatakan  hipertensinya sering kambuh di tandai dengan pegal-pegal dan kepala pusing  -Tn. M mengatakan anggota keluarga juga memberikan dukungan untuk kesembuhan Tn. M  - Tn. M mengatakan jika  ada anggota keluarga yang sakit langsung di bawa ke puskesmas  DO :  - TD: 200/100 mmHg  - N : 80 x/menit  - S : 36,5 C  - RR : 22 x/menit  DS :  - Keluarga Tn.M  mengatakan belum tau tentang hipertensi  DO:  - Keluarga tampak  bingung saat di tanya tentang hipertensi  - TD : 200/100 mmHg  - N : 80x/menit  - S : 36 C  - R : 22x/menit |  | | Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik hipertensi di keluarga Tn M tidak efektif | Ketidakmampuan keluarga Tn M dalam mengenal masalah |
| |  |  | | --- | --- | | Ds :  -Keluarga Tn. M  mengatakan jika merasa pegal-pegal di pundak dan merasa pusing kemudian periksa di K24 karena walaupun dekat tapi juga buka 24 jam  - Tn. M mengatakan jika berobat di K24 sekalian di tensi  - Tn. M mengatakan jika  merasa pusing sedikit lalu pergi ke warung beli obat  - Ny. M mengatakan Tn.  M mengetahui bahaya rokok namun masih saja merokok.  - Tn. M mengatakan susah  untuk mengurangi rokok  DO :  - Tampak bungkusan rokok di atas meja  - Terdapat obat anti hipertensi amlodipin 5mg  / 1x1 |  | |  | Ketidakmampu  an keluarga  Tn. M dalam mengambil keputusan |
| DS :  - Tn. M mengatakan  jika Ny. M masak sayur dan sayurnya kurang asin lalu di tambahkan garam sendiri  - Tn. M mengatakan suka asin-asinan  - Keluarga Tn. M mengatakan belum mampu membedakan nakanan yang boleh di konsumsi dan yang tidak boleh di konsumsi.  - Tn. M mengatakan minum obat tidak rutin  - Tn. M mengatakan tidak pernah kontrol di puskesmas  DO :  - Tampak di saji makan terdapat ikan asin dan telur asin |  | Ketidakmampuan keluarga Tn M dalam merawat anggota keluarga yang sakit |
| |  |  | | --- | --- | | Ds :  -Tn. M mengatakan Ny. M menderita depresi sejak tahun  2000  - Tn. M mengatakan Ny. M pernah kambuh lagi pada tahun 2014  - Tn. M mengatakan Ny. M kambuh biasanya jika di etangga ada hajatan.  DO: - |  | | Ketidakefektifan managemen  regimen teraupetik depresi di keluarga  Tn. M tidak efektif |  |
| Ds :  - Tn. M mengatakan Ny. M sering sendirian dirumah.  - Tn. M mengatakan tidak pernah memantau Ny. M di rumah karena sibuk dengan pekerjaannya. - Tn. M mengatakan Ny. M sekarang belum bisa kontrol  - Keluarga Tn. M mengatakan jika Ny. M melamun kemudian Tn. M hanya menapuk pundaknya saja agar tidak melamun.  - Tn. M mengatakan membiarkan Ny. M jika Ny. M mau ikut bantu-bantu di acara hajatan tetangga  Do : - |  | Ketidakmampuan keluarga Tn M dalam merawat anggota keluarga yang sakit |

**PENENTUAN PRIORITAS MASALAH**

Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik Hipertensi di keluarga Tn. M

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Hitungan | Bobot | Pembenaran |
| 1. | Sifat Masalah  Skala : Actual | 3/3 x 1 | 1 | - Tn. M mengatakan menderita  hipertensi sudah 10 tahun lebih. |
| 2. | Kemungkinan  masalah dap diubah :  Hanya sebagian a | 1/2 x 2 | 1 | kesehatan ± 300 meter dan bisa ditempuh dengan sepeda  - Keluarga Tn. M mempunyai kartu  JAMKESMAS  - Ada yang mengantar ke pelayanan kesehatan.  Faktor penghambat :  - Tn. M mengatakan punya riwayat  darah tinggi dari ibunya  - Tn. M mengatakan jarang kontrol  karena sibuk dengan pekerjaannya. |
| 3. | Potensi  masalah untuk dicegah  Skala : Cukup | 2/3 x 1 | 2/3 | Faktor pendukung:  - Hipertensi dapat di kontrol  dengan periksa rutin dan obat rutin serta pola hidup yang sehat.  - Tn. M mengatakan mengkonsumsi amlodipin 5mg/1x1  Faktor penghambat:  - Ny. Smengatakan menderita hipertensi 10 tahun lebih  - Penyakit hipertensi tidak dapat di sembuhkan tetapi dapat di cegah  - Tn. M mengatakan mempunyai riwayat hipertensi |
| 4. | Menonjolnya  masalah  Skala :  Masalah bera  harus seger ditangani | 2/2 x 1 | 2 | - Keluarga Tn. Mmengatakan kalau  penyakit hipertensi harus segera di  tangani.  - Ny. S mengatakan jika ada anggota  keluarga yang sakit langsung di bawa ke pelayanan kesehatan. |
|  | Total |  | 4 2/3 |  |

Ketidakefektifan managemen regimen depresi di keluarga Tn. M tidak efektif.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | | Hitungan | | Bobot | | Pembenaran | |
| 1. | Sifat Masalah  Skala : Aktual | | 1/3 x 1 | | 1/3 | | - Tn. M mengatakan mulai depresi  sejak tahun 2000 tapi sekarang udah sembuh  - Ny. M mengatakan mengkonsumsi obat racikan 2x1, dan amitriptyline  25 mg 1x1. | |
| 2. | | Kemungkinan  masalah dapa  diubah :  Hanya sebagia | | 1/2 x 2 | | 1 | | Faktor pendukung :  - Jarak dari rumah ke pelayanan  kesehatan± 300 meter dan bisa ditempuh dengan sepeda  - Keluarga Tn. M mengatakan mempunyai kartu JAMKESMAS  - Keluarga Tn. M mengatakan tidak ada riwayat gangguan jiwa  Faktor penghambat :  - Keluarga Tn. M mengatakan  sekarang terhambat kontrol karena tidak ada surat pengantarnya | |
| 3. | | Potensi  masalah untuk  dicegah Skala : cukup | | 2/3 x 1 | | 2/3 | | Faktor pendukung:  - Ny. M mengatakan tahu sakit depresi  - Ny. M mengatakan rutin periksa dan mengkonsumsi obat  Faktor penghambat:  - Keluarga Tn. M mengatakan Ny. M  mulai depresi sejak tahun 2000 | |
| 4. | | Menonjolnya masalah Skala :  Masalah bera harus seger  ditangani | | 2/2 x 1 | | 2 | | Keluarga mengatakan kalau depresi merupakan masalah yang serius dan harus segera ditangani. | |
|  | | Total | |  | | 3 3/3 | |  | |

**DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

1. Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik Hipertensi di keluarga Tn.

M tidak efektif berhubungan denganKetidakmampuan keluarga mengenal masalah bagi penderita Hipertensi ditandai dengan :

DS :

- Keluarga Tn.M mengatakan belum tau tentang hipertensi

DO :

- Keluarga tampak bingung saat di tanya tentang hipertensi

- TD : 200/100 mmHg

- N : 80x/menit

- S : 36 C

- R : 22x/menit

2. Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi di keluarga Tn. M tidak efektif berhuhungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan bagi penderita hipertensi di tandai dengan :

DS :

- Keluarga Tn. M mengatakan jika merasa pegal-pegal di pundak dan merasa pusing kemudian periksa di K24 karena walaupun dekat tapi juga buka 24 jam

- Tn. M mengatakan jika berobat di K24 sekalian di tensi

- Tn. M mengatakan jika merasa pusing sedikit lalu pergi ke warung beli obat

- Ny. M mengatakan Tn. M mengetahui bahaya rokok namun masih saja merokok.

- Tn. M mengatakan susah untuk mengurangi rokok

DO :

- Tampak bungkusan rokok di atas meja

- Terdapat obat anti hipertensi amlodipin 5mg / 1x1

3. Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi di keluarga Tn.

M tidak efektif berhuhungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit bagi penderita hipertensi di tandai dengan :

DS:

- Tn. M mengatakan jika Ny. M masak sayur dan sayurnya kurang asin lalu di tambahkan garam sendiri

- Tn. M mengatakan suka asin-asinan

- Keluarga Tn. M mengatakan belum mampu membedakan nakanan yang boleh di konsumsi dan yang tidak boleh di konsumsi.

- Tn. M mengatakan minum obat tidak rutin

- Tn. M mengatakan tidak pernah kontrol d puskesmas

- Tn. M mengatakan masih merokok

DO:

- Tampak di saji makan terdapat ikan asin dan telur asin

Ketidakefektifan managemen regimen teraupetik depresi di keluarga Tn. M tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit di tandai dengan :

DS :

- Tn. M mengatakan Ny. M sering sendirian dirumah.

- Tn. M mengatakan tidak pernah memantau Ny. M di rumah karena sibuk dengan pekerjaannya.

- Tn. M mengatakan Ny. M sekarang belum bisa kontrol

- Keluarga Tn. M mengatakan jika Ny. M melamun kemudian Tn. M hanya menapuk pundaknya saja agar tidak melamun.

- Tn. M mengatakan membiarkan Ny. M jika Ny. M mau ikut bantu-bantu di acara hajatan tetangga

- Tn. M mengatakan Ny. M kambuh biasanya jika di tetangga ada hajatan.

DO : -

4. Ketidakefektifan managemen regimen teraupetik depresi di keluarga Tn. M

tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat

anggota yang sakit di tandai dengan :

DS :

- Tn. M mengatakan Ny. M sering sendirian dirumah.

- Tn. M mengatakan tidak pernah memantau Ny. M di rumah karena sibuk

dengan pekerjaannya.

- Tn. M mengatakan Ny. M sekarang belum bisa kontrol

- Keluarga Tn. M mengatakan jika Ny. M melamun kemudian Tn. M hanya

menapuk pundaknya saja agar tidak melamun.

- Tn. M mengatakan membiarkan Ny. M jika Ny. M mau ikut bantu-bantu

di acara hajatan tetangga

- Tn. M mengatakan Ny. M kambuh biasanya jika di tetangga ada hajatan.

DO :

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

**Nama Kepala Keluarga : Tn. M Puskesmas : Gamping**

**No RM : 01090542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosis Keperawatan | Perencanaan | | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan | Intervensi |
| Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik Hipertensi pada keluarga Tn. M tidak efektif a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah bagi penderita Hipertensi ditandai dengan :  DS : - Keluarga Tn.M mengatakan belum tau tentang hipertensi  DO : - TD : 200/100 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36,5 C - R : 22x/menit | Tupan : Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi di keluarga efektif. Tupen : Setelah dilakukan 1x kunjungan diharapkan keluarga mampu mengenal masalah dengan kriteria hasil:  - Keluarga mampu menyebutkan pengertian hipertensi dengan bahasanya sendiri  . - Keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 penyebab hipertensi dengan bahasanya sendiri  - Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala hipertensi dengan bahasanya sendiri - Keluarga mampu menyebutkan 2 dari 4 cara pencegahan hipertensi | - kontrak waktu dengan keluarga  - Sampaikan tindakan yang akan dilakukan  - Monitor vital sign  - Uji kemampuan keluarga tentang hipertensi  - Beri penkes tentang hipertensi pada keluarga Tn. M  - Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya | Senin, 01 Juni 2015 Jam 10.00 wib  - Melakukan kontrak waktu  - Menyampaikan tindakan yang di lalukan  (Taufiq)  Selasa, 02 Juni 2015 Jam : 14.30 wib  - Memonitor vital sign  – Menguji kemampuan keluarga tentang hipertensi  Memberikan penkes tentang hipertensi pada keluarga Tn. M - Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya    (Taufiq) | Selasa, 02 Juni 2015 Jam : 17.00 wib  S : - Keluarga Tn. M mengatakan senang karena sudah tau tentang hipertensi.  - Keluarga Tn. M mengatakan sudah paham.  O :  - TD : 200/100 mmHg  - Keluarga mampu menyebutkan pengertian hipertensi - Keluarga mampu menyebutkan 3 dari 5 penyebab hipertensi - Keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala hipertensi - Keluarga mampu  A : Ketidakmampuan keluarga Tn. M mengenal masalah bagi penderita hipertensi teratasi  P : Hentikan intervensi |

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

**Nama Kepala Keluarga : Tn. M Puskesmas : Gamping**

**No RM : 01090542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan | Intervensi |
| Selasa, 02 Juni 2015 Jam : 19.00 wib Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi pada keluarga Tn. M tidak efektif a. .ketidakmampuan keluarga Tn. M dalam mengambil keputusan  DS : - Keluarga Tn. M mengatakan jika merasa pegal-pegal di pundak dan merasa pusing kemudian periksa di K24 karena walaupun dekat tapi juga buka 24 jam  - Tn. M mengatakan jika berobat di K24 sekalian di tensi  - Tn. M mengatakan jika merasa pusing sedikit lalu pergi ke warung beli obat  - Ny. M mengatakan Tn. M mengetahui bahaya rokok namun masih saja merokok  . - Tn. M mengatakan susah untuk mengurangi rokok    DO :    - Tampak bungkusan rokok di atas meja - Terdapat obat anti hipertensi amlodipin 5mg / 1x | Tupan : Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi pada keluarga Tn. M efektif Tupen : Setelah dilakukan 1x kunjungan diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan dengan kriteria hasil :  - Keluarga mengatakan bersedia untuk kontrol di puskesmas  - Keluarga mengatakan akan tidak beli obat di warung atau K24 lagi. - Tn. M mampu mengurangi rokok - Tn. M mengatakan niat untuk berhenti merokok | - kontrak waktu dengan keluarga  - Dorong keluarga Tn. M untuk tidak beli obat sembarangan  - Motivasi Tn. M untuk megurangi rokok secara bertahap  - Anjurkan kepada keluarga Tn. M untuk memonitor Tn. M  (Taufiq) | Selasa, 02 Juni 2015 Jam : 15.00 wib  - Mengontrak waktu dengan keluarga Tn. M    (Taufiq)  Jam : 19.00 wib  - Mendorong keluarga Tn. M untuk tidak beli obat sembarangan  - Memotivasi Tn. M untuk mengurangi rokok secara bertahap - Menganjurkan kepada keluarga Tn. M untuk memonitor Tn. M        (Taufiq | Rabu, 03 Juni 2015 Jam : 15.00 WIB  S : Keluarga Tn. M mengatakan jika ada anggota keluarga yang mengeluh sakit akan berobat di puskesmas tidak di warung lagi Ny. M mengatakan dari semalam sampai sekarang tidak melihat Tn. M merokok.  O : Tampak di meja tidak terdapat bungkusan rokok  A : Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  - Anjurkan kepada keluarga untuk selalu memonitor Tn. M    - Motivasi Tn. M untuk mengurangi rokok bertahap    (Taufiq) |

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

**Nama Kepala Keluarga : Tn. M Puskesmas : Gamping**

**No RM : 01090542**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosis Keperawatan | | Perencanaan | Implementasi | | | | Evaluasi |
| Tujuan | | | Intervensi | | | | |
| Selasa, 02 Juni 2015  Jam : 19.00 wib Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi pada keluarga Tn. M tidak efektif  c..ketidakmampuan  keluarga Tn. M dalam merawat anggota yang sakit  DS :  - Tn. M mengatakan jika Ny. M masak sayur dan sayurnya kurang asin lalu di tambahkan garam sendiri  - Tn. M mengatakan suka asin-asinan  Keluarga Tn. M  mengatakan belum  mampu membedakan nakanan yang boleh di konsumsi dan yang tidak boleh di konsumsi.  - Tn. M mengatakan minum obat tidak rutin  - Tn. M mengatakan tidak pernah kontrol d  puskesmas  - Tn. M mengatakan  masih merokok  DO :  - Tampak di saji makan terdapat ikan asin dan telur asin | Tupan :  Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik hipertensi pada keluarga Tn. M efektif  Tupen :  Setelah dilakukan 1x kunjungan diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dengan kriteria hasil :  - Keluarga mampu melakukan perawatan hipertensi secara mandiri  Keluarga mampu mengurangi jenis  makanan yang di hindari  - Keluarga Tn. M  mampu berobat di  Puskesmas  - Tn. M mengatakan  tidak merokok lagi | | | - Kontrak waktu  dengan keluarga  - Ajarkan diit  hipertensi  - Monitor jenis  makanan yang di konsumsi  - Anjurkan kepada keluarga Tn. M  untuk berobat di puskesmas  - Anjurkan Tn. M  untuk berhenti  merokok secara bertahap  (Taufiq) | Selasa, 02 Juni  2015  Jam : 14.30 wib  - Mengajarkan diit hipertensi  Jam : 15.00 wi  - Mengontrak waktu dengan keluarga Tn. M  (Taufiq) Jam : 19.00 wib  - Memonitor  jenis makanan yang di konsumsi.  Menganjurkan  Tn. M untuk  berhenti merokok secara bertahap  - Menganjurkan  kepada keluarga Tn. M untuk berobat di Puskesmas.  (Taufiq) | Rabu, 03 Juni 2015  Jam : 15.00 WIB  S :  - Keluarga Tn. M  mengatakan akan  mengurangi jenis makanan yang di hindari  - Keluarga Tn. M mampu melakukan diit hipertensi  - Keluarga Tn. M  mengatakan akan berobat  di Puskesmas .  O :  - Tampak di meja terdapat bungkusan rokok  - Tampak di meja saji terdapat telur asin dan  oseng-oseng teri.  **A :**  Ketidakmampuan keluarga  dalam merawat anggota yang sakit teratasi sebagian  **P : Lanjutkan intervensi**  - Monitor jenis makanan  yang di konsumsi  - Monitor Tn. M tentang  konsumsi rokok  (Taufiq) | |

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

**Nama Kepala Keluarga : Tn. M Puskesmas : Gamping**

**No RM : 01090542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan | Intervensi |
| Selasa, 02 Juni 2015  Jam : 19.00 wib  Ketidakefektifan manajemen regimen teraupetik depresi di keluarga Tn. M tidak efektif  c..ketidakmampuan keluarga Tn. M dalam merawat anggota yang sakit  DS :  - Tn. M mengatakan Ny.  M sering sendirian  dirumah.  - Tn. M mengatakan tidak  pernah memantau Ny. M di rumah karena sibuk dengan pekerjaannya.  - Tn. M mengatakan Ny.  M sekarang belum bisa kontrol  - Keluarga Tn. M mengatakan jika Ny. M melamun kemudian Tn. M hanya menapuk pundaknya saja agar tidak melamun.  - Tn. M mengatakan membiarkan Ny. M jika Ny. M mau ikut bantu- bantu di acara hajatan tetangga  - Tn. M mengatakan Ny.  M kambuh biasanya jika di tetangga ada hajatan. | Tupan :  Ketidakefektifan  manajemen regimen teraupetik depresi di keluarga Tn. M efektif Tupen :  Setelah dilakukan 1x kunjungan diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dengan kriteria hasil :  - Keluarga Tn. M mengatakan mampu memantau Ny. M saat di rumah.  - Ny. M Kontrol rutin  Jadwak harian Ny.  M terpenuhi  - Keluarga Tn. M  mampu  mengontrol Ny. M  saat melamun | - Kontrak waktu  dengan keluarga  - Anjurkan kepada keluarga untuk membuat jadwal kegiatan harian  - Anjurkan kepada Ny. M utuk tidak melamun  - Anjurkan kepada  keluarga Tn. M untuk selalu memantau Ny. M di rumah.  (Taufiq) | Selasa, 02 Juni  2015  Jam : 15.00 wib  - Mengontrak  waktu dengan keluarga Tn. M  (Taufiq) Jam : 19.00 wib  - Menganjurkan  kepada keluarga  untuk membuat jadwal kegiatan harian  - Menganjurkan  kepada Ny. M untuk jangan melamun  - Menganjurkan kepada keluarga  Tn. M untuk selalu memantau Ny. M di rumah  (Taufiq) | Rabu, 03 Juni 2015  Jam : 15.00 WIB  **S :**  - Keluarga Tn. M  mengatakanakan selalu memantau Ny. M di rumah.  - Tn. M mengatakan Ny.  M sekarang sudah tidak melamun lagi  **- Keluarga Tn. M**  mengatakan akan  membuatkan jadwal harian untuk Ny. M .  **O :**  **- Terdapat jadwal harian**  satu minggu tiga kali untuk melakukan bantu- bantu di tetangga.  Ny. M mengatakan jika ada waktu luang akan di  isi dengan kegiatan menjahit dan bersih- bersih rumah  **A :**  Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota  yang sakit teratasi  **P : hentikan intervensi**  (Taufiq) |

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama kepala keluarga : Tn M Puskemas : Gamping I**

**No RM : 0109542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/  tanggal | Diagnosa keperawatan | Jam | Implementasi | Evaluasi (SOAP) |
| Rabu, 3 Juli 2020 | Ketidakefektif  an manajemen regimen teraupetik Hipertensi  pada keluarga Tn. M berhubungan dengan :  Ketidakmampu an keluarga mengambil keputusan bagi penderita Hipertensi | 08.00 WIB  11.45 WIB | - Melakukan  kontrak waktu dengan keluarga Tn. M  (Taufiq)  - menganjur kan kepada keluarga untuk  selalu memonitor Tn. M  - mendorong  keluarga Tn. M untuk tidak beli obat sembarang an.  - Memotivas i Tn. M untuk mengurang i rokok bertahap  (Taufiq) | Rabu, 3 Juni 2015  Jam 12.30 WIB S :  - Ny. M mengatakan dari  semalam Tn. M tidak merokok  - Keluarga Tn. M  mengatakan jika ada  anggota keluarga yang mengeluh sakit akan d bawa ke puskesmas.  - Ny. M mengatakan akan  selalu memonitor Tn. M O :  - Tampak dimeja tidak terdapat bungkusan rokok  A :  - Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan bagi penderita Hipertensi teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi  - Monitor Tn. M untuk  mengurangi rokok  (Taufiq) |

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama kepala keluarga : Tn M Puskemas : Gamping I**

**No RM : 0109542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/  tanggal | Diagnosa keperawatan | Jam | Implementasi | Evaluasi (SOAP) |
| Rabu, 3 Juli 2020 | Ketidakefektif  an manajemen regimen teraupetik Hipertensi  pada keluarga Tn. M berhubungan dengan :  Ketidakmampu an keluarga mengambil keputusan bagi penderita Hipertensi | 11.45 WIB  19.00 WIB | - Melakukan  kontrak waktu dengan keluarga Tn. M  (Taufiq)  - Memonitor  Tn M  untuk mengurang i rokok  (Taufiq ) | Rabu, 3 Juni 2015  Jam 12.30 WIB S :  - Tn. M mengatakan dari  kemarin merokok hanya 1 batang  - Ny. M mengatakan akan selalu memonitor Tn. M  O :  - Tampak dimeja tidak  terdapat bungkusan rokok  A :  - Ketidakmampuan keluarga  mengambil keputusan bagi penderita Hipertensi teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi  - Monitor Tn. M untuk mengurangi rokok  (Taufiq) |

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama kepala keluarga : Tn M Puskemas : Gamping I**

**No RM : 0109542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/  tanggal | Diagnosa keperawatan | Jam | Implementasi | Evaluasi (SOAP) |
| Rabu, 3 Juli 2020 | Ketidakefektif  an manajemen regimen teraupetik Hipertensi  pada keluarga Tn. M berhubungan dengan :  Ketidakmampu an keluarga merawat anggota yang sakit bagi penderita Hipertensi | 08.00 WIB  11.45 WIB | Melakukan  kontrak waktu dengan keluarga Tn. M  (Taufiq)  - Memonitor jenis makanan yang di konsumsi  - Memonitor  Tn. M tentang konsumsi rokok  (Taufiq) | Rabu, 3 Juni 2015  Jam 12.30 WIB S :  - Ny. M mengatakan sudah  mengurangi makanan yang asin-asin seperti membeli telur asin dan idak masak oseng-oseng teri  - Ny. M mengatakan Tn. M sudah jarang merokok karena selalu di kasih saran sama Ny. M  O :  - Tampak dimeja saji tidak  terdapat sayur maupun lauk yang asin-asin seperti ikan asin dan oseng-oseng teri  - Tidak terdapat bungkusan  rokok diatas meja.  A :  - Ketidakmampuan keluarga  merawat anggota yang sakit teratasi  P : hentikan intervensi  (Taufiq) |

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Nama kepala keluarga : Tn M Puskemas : Gamping I**

**No RM : 0109542**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/  tanggal | Diagnosa keperawatan | Jam | Implementasi | Evaluasi (SOAP) |
| Rabu, 3 Juli 2020 | Ketidakefektif  an manajemen regimen teraupetik Hipertensi  pada keluarga Tn. M berhubungan dengan : Ketidakmampu an keluarga merawat anggota yang sakit bagi penderita Hipertensi | 08.00 WIB  11.45 WIB | Melakukan kontrak  waktu dengan  keluarga  Tn. M  (Taufiq)  - Memonitor jenis makanan yang di konsumsi  - Memonitor  Tn. M tentang konsumsi rokok  (Taufiq | Rabu, 3 Juni 2015  Jam 12.30 WIB  S :  - Ny. M mengatakan sudah mengurangi makanan yang asin-asin seperti membeli telur asin dan idak masak oseng-oseng teri  - Ny. M mengatakan Tn. M  sudah jarang merokok karena selalu di kasih saran sama Ny. M  O :  - Tampak dimeja saji tidak terdapat sayur maupun lauk yang asin-asin seperti ikan asin dan oseng-oseng teri  - Tidak terdapat bungkusan rokok diatas meja.  A :  - Ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit teratasi  P : hentikan intervensi  (Taufiq) |