

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



Oleh :  
**KAREN MEILANI**  
**NIM : 2317018**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

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

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

KAREN MEILANI  
NIM : 2317018

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
YOGYAKARTA  
2020

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Karen Meilani

NIM : 2317018

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah bena-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, .....2020



Karen Meilani

NIM : 2317018

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

OLEH :  
KAREN MEILANI  
NIM : 2317018

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan  
Disetujui pada tanggal

.....

Pembimbing I

  
Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep.  
NIK : 114110155

Pembimbing II

  
Eddy Murtoyo, S.Kep. Ns. M.Kep.  
NIK : 114199032

**HALAMAN PENGESAHAN**

**NASKAH PUBLIKASI**

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

OLEH :  
KAREN MEILANI  
NIM : 2317018

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Akper "YKY" Yogyakarta  
Pada tanggal 02 Juli 2020

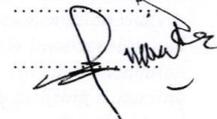
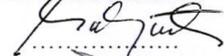
Dewan Penguji :

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

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

Drs. Kirmantoro, SKM. M. Kes.

Tanda Tangan



Mengesahkan

Direktur Akper "YKY" Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep

NIK 1141 03 052

## **MOTTO**

*Boleh jadi kamu membenci sesuatu padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu padahal ia amat buruk bagimu ; Allah mengetahui sedang kamu tidak*  
*(Qs. Al Baqarah : 216)*

*Cobalah dulu baru cerita, pahami dulu baru menjawab, pikirlah dulu baru beri penilaian, bekerjalah dulu baru berharap*  
*(Socrates)*

*Perjalanan bukan hanya tentang mencapai tujuan, tapi juga tentang bagaimana cara kita bisa menikmati proses. Tak jarang justru proses perjalanan jauh lebih menarik dari tujuan itu sendiri*  
*(Dzawin Nur Ikram)*

## **PERSEMBAHAN**

1. Bapak Ingati Telaumbanua dan Ibu Paryati, terimakasih atas dukungan moril, materiil, waktu, kasih sayang, kepercayaan, dan pengorbanan yang telah diberikan sampai saat ini.
2. Adik saya, Aine Janis Telaumbanua yang selalu memberi doa dan sabar menghadapi kakak tunggal yang cukup sensitif saat suasana hati sedang buruk.
3. Teman-teman sesambat seperjuangan Aditya Wisnu dan Fajar isnanto yang saling mendukung, memotivasi dan menghibur di saat mulai tertekan dalam pengerjaan karya tulis ini.
4. Sahabat-sahabatku Suci Wulan Sari, Mei Eka Saputri, Wulandari, Sri Astuti, Erna Dwi Susanti, Fitri Nur Aini, dan Susi Susanti terimakasih atas dukungan dan motivasi kalian.

## **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 Keluarga dengan Hipertensi”. Karya tulis ini disusun dan diajukan guna memenuhi sebagai persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Program D III Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari sebagian pihak. Maka pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY”.
2. Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing dan penguji Ujian Akhir Program yang dengan sabar telah banyak mencurahkan tenaga, pikiran, dan kesabaran untuk memberikan bimbingan, pengarahan, saran-saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Eddy Murtoyo, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing dan penguji Ujian Akhir Program yang telah membantu pembuatan kasus ini.
4. Drs. Kirnantoro, SKM. M. Kes. selaku penguji Ujian Akhir Program 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 di 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 kritik dan bersifat membangun baik pembimbing maupun pembaca sehingga dapat membuat Karya Tulis Ilmiah ini lebih sempurna lagi. Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Yogyakarta, 3 Mei 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
MOTTO .....	vi
PERSEMBAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
ABSTRAK .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Studi Kasus .....	4
D. Ruang Lingkup .....	4
E. Manfaat Studi Kasus .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Teori Dasar.....	7
1. Hipertensi .....	7
a. Definisi Hipertensi .....	7
b. Klasifikasi Hipertensi .....	7
c. Faktor Risiko Hipertensi .....	8
d. Komplikasi Hipertensi .....	9
e. Penatalaksanaan Hipertensi .....	10
2. Konsep Keluarga dan Asuhan Keperawatan Keluarga .....	11
a. Definisi Keluarga .....	11
b. Tipe Keluarga .....	11
c. Fungsi Keluarga .....	14
d. Struktur Keluarga .....	16
e. Tahap Perkembangan Keluarga .....	17
f. Asuhan Keperawatan Keluarga .....	21
1) Pengkajian .....	21
2) Diagnosa Keperawatan Keluarga .....	23
3) Perencanaan Keperawatan Keluarga .....	24
4) Implementasi Keperawatan Keluarga .....	26
5) Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	27
6) Dokumentasi .....	27
3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga .....	28
a. Definisi .....	28
b. Batasan Karakteristik .....	28
c. Faktor yang Berhubungan .....	28

d. Intervensi Keperawatan .....	29
B. Kerangka Teori .....	33
BAB III METODE PENELITIAN .....	34
A. Rancangan Penelitian .....	34
B. Objek Penelitian .....	34
C. Lokasi dan Waktu Studi Dokumentasi .....	34
D. Definisi Operasional .....	35
E. Instrumen Studi Dokumentasi .....	35
F. Teknik Pengumpulan Data .....	35
G. Analisa Data .....	36
H. Etika Penulis .....	36
I. Kerangka Alur .....	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	38
A. Hasil .....	38
B. Pembahasan .....	42
BAB V PENUTUP .....	57
A. Kesimpulan .....	57
B. Saran .....	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
A. Jadwal Kegiatan	
B. Laporan Asuhan Keperawatan	
C. Bukti Bimbingan	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tugas Perkembangan Keluarga Pemula .....	18
Tabel 2.2 Tugas Perkembangan Keluarga Sedang Mengasuh Anak .....	18
Tabel 2.3 Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Prasekolah .....	18
Tabel 2.4 Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah .....	19
Tabel 2.5 Tugas Perkembangan Keluarga Dengan Anak Remaja .....	19
Tabel 2.6 Tugas Perkembangan Keluarga Yang Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda .....	20
Tabel 2.7 Tugas Perkembangan Keluarga Usia Pertengahan .....	20
Tabel 2.8 Tugas Perkembangan Keluarga Lanjut Usia .....	21
Tabel 2.9 Skala Untuk Menentukan Prioritas .....	25
Tabel 2.10 Kriteria Hasil Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga	29
Tabel 2.11 Intervensi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga .....	30
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	35

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	33
Gambar 3.1 Kerangka Alur .....	37
Gambar 4.1 Genogram .....	39

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Jadwal Kegiatan  
Laporan Asuhan Keperawatan  
Bukti Bimbingan Pembimbing 1  
Bukti Bimbingan Pembimbing 2

Karen Meilani. (2020). Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen  
Kesehatan Keluarga Dengan Hipertensi

Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Eddy Murtoyo

**ABSTRAK**

Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis. masalah keperawatan yang sering muncul pada keluarga dengan salah satu anggotanya menderita hipertensi adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Tujuan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi dan hasil studi dokumentasi mengenai proses keperawatannya. Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan keperawatan pada tahun 2018.

Hasil yang didapatkan dari kasus adalah beberapa data pada pengkajian terkait budaya, pola komunikasi dan struktur peran keluarga belum dikaji secara lengkap, penegakan diagnosa sudah sesuai NANDA, perencanaan berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga mengacu pada NOC dan NIC, pada implementasi tidak semua intervensi dilakukan, evaluasi akhir masalah sudah teratasi dirasa kurang tepat.

Setelah melakukan penelitian penulis mendapatkan hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi. Penulis dapat memberikan saran bagi Akademi Keperawatan YKY agar penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi tambahan terutama bagi pengunjung perpustakaan, dan bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat memahami studi kasus dengan lebih teliti, lebih kritis dalam memilih teori atau jurnal yang akan digunakan serta memperhatikan kaidah penulisan asuhan keperawatan.

Kata kunci : Hipertensi, Keluarga, Studi dokumentasi



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Hipertensi diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu hipertensi primer dan sekunder.

*World Health Organization* (WHO) menyebutkan negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% sedangkan negara maju 35%, kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi yaitu 40%. Kawasan Amerika Serikat sebesar 35% dan Asia Tenggara 36%. Sedangkan di Indonesia mencapai 32% dari total jumlah penduduk. Menurut riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018, angka kejadian hipertensi di Indonesia mencapai 34,1% dari seluruh jumlah penduduk, angka ini menunjukkan peningkatan dari tahun 2013 yang mana persentase penderita sebesar 25,8%. Sedangkan untuk Provinsi DIY pada tahun 2018 penderita hipertensi mencapai 32,86% dari seluruh jumlah penduduk, dan dari jumlah tersebut hanya 50,2% yang minum obat anti hipertensi secara rutin. Data yang didapat dari Dinas Kesehatan Bantul pada 2017 dilaporkan dari sepuluh besar penyakit berdasarkan kunjungan rawat jalan yang dilaporkan Puskesmas hipertensi menduduki peringkat kedua dengan jumlah penderita sebanyak 37.692 orang dari 927.181 penduduk.

Menurut data tahun 2016, Puskesmas Kasihan II mengampu 36 dusun yang terbagi menjadi 2 desa binaan yakni Desa Tirtonirmolo dan desa Ngestiharjo dengan total jumlah penduduk 25.975 orang. Dari data Puskesmas Kasihan II Bantul, jumlah penderita hipertensi pada bulan Januari 2018 sampai Maret 2018 sebanyak 374 pasien (Permata, 2019).

Menurut laporan Kemenkes pada 2013 hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, dimana proporsi kematiannya mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Hipertensi bila berlangsung dalam waktu lama dapat memicu terjadinya kerusakan pada organ-organ vital yang dapat menimbulkan penyakit yang lebih serius seperti kerusakan ginjal, jantung, otak.

Perjalanan penyakit hipertensi sangat perlahan, penderita hipertensi mungkin tak menunjukkan gejala awal dan baru terasa setelah bertahun-tahun. Apabila hipertensi tidak dirawat, bisa mengakibatkan dampak yang lebih buruk dari penyakit sebelumnya seperti penyakit jantung, infark miokardium, stroke, atau gagal ginjal yang berakhir dengan kematian (Price & Wilson dalam Damayantie 2019).

Penyakit serius atau disabilitas jangka panjang satu anggota keluarga secara signifikan mempengaruhi keluarga dan fungsinya, sebagaimana perilaku keluarga dan anggota keluarga secara simultan mempengaruhi perjalanan dan karakteristik penyakit atau disabilitas (Bahnsen dalam Friedman, 2010). Hipertensi yang tidak ditangani dengan

baik dapat menimbulkan dampak yang serius bagi keluarga baik itu fisik, psikologi, sosial dan ekonomi, terlebih jika penderita hipertensi berperan sebagai kepala rumah tangga dan pencari nafkah yang mana kehidupan keluarga bergantung padanya.

Penatalaksanaan hipertensi meliputi modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologi dengan obat-obatan. Sebagian besar pasien memerlukan obat anti hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi lebih dari satu obat (Kandarini, 2017).

Upaya yang dilakukan Puskesmas Kasihan II dalam menangani hipertensi mencakup upaya promotif, preventif dan kuratif melalui pengadaan posyandu lansia di setiap dusun sebagai salah satu bentuk kontrol kegiatan penyakit tidak menular (PTM), dan kegiatan prolans dengan tujuan agar masyarakat yang memiliki hipertensi akan dapat terkontrol sehingga derajat hidup mereka akan semakin baik.

Upaya keluarga yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga yang hipertensi diantaranya dengan memenuhi 5 tugas kesehatan keluarga yakni mengenal masalah hipertensi, memutuskan masalah hipertensi, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Peran petugas kesehatan diantaranya sebagai edukator, pemberi pelayanan kesehatan, dan konselor khususnya dalam mendengarkan keluhan pasien kemudian memberikan solusi, edukasi, dan dukungan kepada pasien hipertensi agar minum obat sesuai anjuran yang diharapkan

oleh petugas kesehatan (Martiningsih dkk, 2018). Dengan pengetahuan yang diperoleh maka pasien hipertensi akan mengetahui manfaat dari saran atau nasihat petugas kesehatan sehingga akan termotivasi untuk lebih patuh menjalani pengobatan yang dianjurkan oleh petugas kesehatan (Puspita dkk, 2017).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi ?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

### **2. Tujuan Khusus**

Diketahui gambaran tentang :

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

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

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

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

#### **E. Manfaat**

##### 1. Teoritis

Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi penulis.

##### 2. Manfaat praktis

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

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

b. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### 1. Hipertensi

###### a. Definisi

Hipertensi 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, 2013).

###### b. Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi diklasifikasikan menjadi 2 (Purnamasari, 2011):

###### 1) Hipertensi primer

Adalah tekanan darah tinggi yang disebabkan langsung oleh faktor risiko tanpa adanya penyakit lain yang menjadi pemicu hipertensi.

###### 2) Hipertensi sekunder

Adalah peningkatan tekanan darah yang disebabkan karena ada penyakit lain. Penyakit yang dapat mempengaruhi tekanan darah adalah gagal ginjal, gangguan hormonal, dan diabetes mellitus. Kehamilan juga suatu keadaan yang dapat meningkatkan tekanan darah.

### c. Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko pencetus hipertensi (Purnamasari, 2011):

#### 1) Faktor keturunan

Jika orang tua anda mengalami hipertensi, kemungkinan lebih besar anda juga akan mengalami hipertensi.

#### 2) Usia

Semakin bertambahnya usia, pembuluh darah menjadi semakin kaku. Hal ini dapat menyebabkan tekanan darah menjadi lebih tinggi.

#### 3) Konsumsi garam

Telah diketahui bahwa garam dapat meningkatkan tekanan darah seseorang.

#### 4) Makanan berkolesterol tinggi

Kolesterol yang berlebih akan tertimbun pada dinding pembuluh darah. Timbunan kolesterol ini akan membuat pembuluh darah semakin sempit sehingga tekanan darah semakin tinggi.

#### 5) Kegemukan

Adalah ketika berat badan anda 20-30% lebih berat dari berat badan ideal anda. Lemak yang tertimbun di tubuh akan tertimbun pula di pembuluh darah. Selain itu kerja jantung akan lebih berat karena metabolisme tubuh menjadi tinggi.

6) Stress

Stress dapat menyebabkan peningkatan hormon kortisol yang jika berlebihan dapat memicu meningkatnya tekanan darah.

7) Alkohol

Konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

8) Rokok

Kandungan rokok merupakan zat yang berbahaya bagi tubuh dan dapat memicu tekanan darah tinggi.

9) Kafein

Kafein dapat meningkatkan kerja jantung, sehingga dapat menimbulkan tekanan darah tinggi

d. Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi (Purnamasari, 2011):

1) Stroke

Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga pasokan oksigen ke otak terganggu, akibatnya fungsi otak menjadi terganggu terjadilah stroke.

2) Gagal jantung

Akibat tekanan pada pembuluh darah tinggi, jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh sehingga otot-otot jantung membesar.

3) Gangguan pada mata

Pada tekanan darah tinggi, pembuluh darah pada mata bagian dalam menjadi tidak teratur dan dapat terjadi perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada mata bagian dalam.

4) Gagal ginjal

Akibat meningkatnya tekanan pada pembuluh darah ginjal, aliran darah ke ginjal juga mengalami gangguan, akibatnya banyak sel ginjal yang mengalami kerusakan.

e. Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Ardiansyah (2012) penatalaksanaan hipertensi bisa dilakukan dengan terapi farmakologi dan non farmakologi, yaitu:

1) Terapi farmakologi

- a) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg per hari dengan dosis tunggal pada pagi hari.
- b) Reserpin 0,1-0,25 mg sehari dengan dosis tunggal.
- c) Propranolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi pada penderita asma).
- d) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilan dan penderita asma).
- e) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

## 2) Terapi non farmakologi

- a) Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
- b) Mengubah pola makan.
- c) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalsium yang cukup.
- d) Mengurangi konsumsi alkohol.
- e) Berhenti merokok.
- f) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat.
- g) Kurangi stress.

## 2. Konsep Keluarga dan Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Definisi Keluarga

Keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO dalam Andarmoyo, 2016). Definisi lain menyebutkan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI dalam Andarmoyo, 2016).

### b. Tipe Keluarga

Beberapa bentuk keluarga yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan keluarga (Andarmoyo, 2016) :

1) Keluarga Tradisional / Keluarga Inti

Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, di mana ayah sebagai pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Varian keluarga inti adalah :

a) Keluarga Pasangan Suami Istri Bekerja

Adalah keluarga di mana pasangan suami istri keduanya bekerja di luar rumah.

b) Keluarga Tanpa Anak/*Dyadic Nuclear*

Adalah keluarga di mana suami-istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak.

c) *Commuter Family*

Yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.

d) *Reconstituted Nuclear*

Adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru.

e) *Extended Family*/Keluarga Besar

Adalah satu bentuk keluarga di mana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya.

f) Keluarga dengan Orang Tua Tunggal/*Single Parent*

Adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu.

2) Keluarga Non Tradisional

Bentuk varian keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Bentuk-bentuk keluarga ini meliputi :

a) *Communal/Commune Family*

Adalah keluarga dimana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

b) *Unmarried Parent and Child*

Adalah keluarga yang terdiri dari ibu-anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.

c) *Cohibing Couple*

Merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

d) *Institusional*

Keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti.

c. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- a) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota keluarga yang lain.
- b) Saling menghargai dan mengakui keberadaan hak dan kewajiban setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif.
- c) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

2) Fungsi Sosialisasi

Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan untuk menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.

3) Fungsi Reproduksi

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.

4) Fungsi Ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan efektif alokasinya.

5) Fungsi Perawatan Keluarga

Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan. Tugas kesehatan keluarga yaitu:

a) Mengenal masalah/gangguan kesehatan keluarga

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarga sehingga ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga akan menjadi perhatian keluarga.

- b) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga.

- c) Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

- d) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Merupakan upaya keluarga untuk mendayagunakan potensi internal di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit.

- e) Menggunakan fasilitas kesehatan

Upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

#### d. Struktur Keluarga

Menurut Parad & Caplan dalam Suprajitno (2012) struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Ada 4 elemen struktur keluarga, yaitu:

1) Struktur peran keluarga

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

2) Nilai/norma keluarga

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

3) Pola komunikasi keluarga

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

4) Struktur kekuatan keluarga

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

e. Tahap Perkembangan Keluarga

Pendekatan perkembangan keluarga didasarkan pada observasi bahwa keluarga adalah kelompok berusia panjang dengan suatu sejarah alamiah, atau siklus kehidupan yang perlu dikaji jika dinamika kelompok diinterpretasikan secara penuh dan akurat. Siklus kehidupan keluarga dan tugas perkembangannya menurut Duvall dan Miller dalam Andarmoyo (2016):

## 1) Tahap I : Keluarga pemula

Pembentukan keluarga pada umumnya dimulai dari perkawinan. Pada tahap ini pasangan belum mempunyai anak.

Tabel 2.1 Tugas perkembangan keluarga pemula

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga pemula	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan</li> <li>2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis</li> <li>3. Merencanakan keluarga</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

## 2) Tahap II : Keluarga sedang mengasuh anak

Tahap ke dua dimulai dari lahirnya anak pertama sampai dengan anak tersebut berumur 30 bulan atau 2,5 tahun.

Tabel 2.2 Tugas perkembangan keluarga sedang mengasuh anak

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga sedang mengasuh anak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap</li> <li>2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga</li> <li>3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan</li> <li>4. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

## 3) Tahap III : Keluarga dengan anak prasekolah

Dimulai ketika anak pertama berusia 30 bulan atau 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun.

Tabel 2.3 Tugas perkembangan keluarga dengan anak prasekolah

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan anak prasekolah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan</li> <li>2. Menyosialisasikan anak</li> <li>3. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain</li> </ol>

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
	4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

#### 4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahapan ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun.

Tabel 2.4 Tugas perkembangan keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan anak usia sekolah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat</li> <li>2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan</li> <li>3. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

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

Dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun. Tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga umur 19 atau 20 tahun.

Tabel 2.5 Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan anak remaja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri</li> <li>2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan</li> <li>3. Berkomunikasi secara terbuka antar orang tua dan anak</li> <li>4. Mempertahankan etika dan standar moral keluarga</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

## 6) Tahap VI : Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir dengan rumah kosong atau ketika anak terakhir meninggalkan rumah.

Tabel 2.6 Tugas perkembangan keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak</li> <li>2. Melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan</li> <li>3. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

## 7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan

Dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pension atau kematian salah satu pasangan.

Tabel 2.7 Tugas perkembangan keluarga usia pertengahan

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga usia pertengahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan</li> <li>2. Mempertankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak</li> <li>3. Memperkokoh hubungan perkawinan</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

## 8) Tahap VIII : Keluarga lanjut usia

Dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pension sampai salah satu atau ke dua pasangan meninggal dan berakhir ketika kedua pasangan meninggal.

Tabel 2.8 Tugas perkembangan keluarga lanjut usia

Tahap siklus keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Keluarga lanjut usia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan</li> <li>2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun</li> <li>3. Mempertahankan hubungan perkawinan</li> <li>4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan</li> <li>5. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi</li> <li>6. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)</li> </ol>

Sumber : Duval dan Miller dalam Andarmoyo, 2016

#### f. Asuhan Keperawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan (IPKKI, 2017).

Tahapan proses keperawatan keluarga meliputi :

##### 1) Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik (Maglaya dalam IPKKI, 2017). Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki 2 tahapan, tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga dan tahap dua

menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga.

Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup :

- a) Data umum/Identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan transportasi.
- b) 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/alergi.
- c) Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, diagnosa medis, rujukan dokter atau rumah sakit, keadaan umum, sirkulasi, cairan, perkemihan, pernapasan, muskuloskeletal, neurosensory, kulit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari, dan data penunjang medis individu yang sakit (lab, radiologi, EKG, USG).

- d) Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah dan lain-lain.
  - e) Struktur keluarga ; struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan.
  - f) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.
  - g) Fungsi keluarga. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif. Aspek instrumental fungsi keluarga adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain. pengkajian variabel fungsi keluarga mencakup kemampuan keluarga untuk dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, meliputi kemampuan mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan di masyarakat.
- 2) Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis,

memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab dalam melaksanakannya. Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera (IPKKI, 2017). Daftar diagnosa keperawatan keluarga bisa dilihat pada buku *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

### 3) Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan merupakan proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah klien yang telah diidentifikasi pada tahap perumusan diagnosa keperawatan. Menurut IPKKI (2017) tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut :

- a) Menetapkan prioritas masalah/diagnosa keperawatan keluarga menggunakan skala menyusun prioritas.

Tabel 2.9 Skala untuk menentukan prioritas

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

Sumber : Maglaya dalam IPKKI, 2017

Cara skoring :

- i. Tentukanlah skor untuk setiap kriteria.
- ii. Cara Perhitungannya adalah Skor dibagi angka tertinggi dan dikalikan dgn bobot

$$\text{Skor} \frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot} = \text{Hasil Perhitungan}$$

Angka tertinggi

- iii. Jumlahkan skor untuk semua kriteria.

b) Hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan tujuan keperawatan keluarga yaitu :

- i. Tujuan harus berorientasi pada keluarga
- ii. Kriteria hasil harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga

- iii. Tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga
  - iv. Tujuan harus spesifik
  - v. Tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga dalam pemecahan masalah. Penyusunan tujuan harus bersama-sama dengan keluarga.
- 4) Implementasi Keperawatan Keluarga
- Menurut IPKKI (2017) implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi :
- a) 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
  - b) 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 tiap tindakan
  - c) 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

- d) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

#### 5) Evaluasi Keperawatan Keluarga

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, penilaian dan evaluasi diperlukan untuk melihat keberhasilan. 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 (IPKKI, 2017).

#### 6) Dokumentasi

Menurut Hartono (2011) dokumentasi merupakan tahap akhir yang wajib dilakukan ketika selesai melakukan tindakan. Dokumentasi juga sebagai tanggung jawab serta tanggung gugat perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

### 3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

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

#### a. Definisi

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

#### b. Batasan Karakteristik

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

#### c. Faktor yang Berhubungan

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

d. Intervensi Keperawatan

Menurut *Nursing Outcomes Classification* ( NOC ) 2013 kriteria hasil dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.10 Kriteria hasil ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

NOC	Indikator
Normalisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga</li> <li>2. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan anggota yang terkena dampak.</li> <li>3. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga</li> <li>4. Memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga</li> <li>5. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga</li> <li>6. Melaporkan kehidupan keluarga telah kembali ke kondisi sebelum kritis</li> <li>7. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat</li> </ol>
Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan</li> <li>2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan</li> <li>3. Memperoleh informasi yang diperlukan</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan</li> <li>5. Mendefinisikan kebutuhan dan masalah yang relevan untuk perawatan</li> <li>6. Berpartisipasi dalam keputusan bersama dengan pasien</li> <li>7. Mengevaluasi efektifitas perawatan</li> </ol>
Dukungan keluarga selama perawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit</li> <li>2. Anggota keluarga bertanya bagaimana mereka dapat membantu</li> <li>3. Meminta informasi mengenai kondisi pasien</li> <li>4. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi</li> </ol>

NOC	Indikator
	dengan anggota keluarga yang sakit
	5. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit
	6. Mencari dukungan sosial bagi anggota keluarga yang sakit
	7. Bekerjasama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan
Pengetahuan : Rejimen penanganan	1. Mengetahui proses penyakit tertentu
	2. Mengetahui diet yang dianjurkan
	3. Mengetahui rejimen obat yang diresepkan
	4. Mengetahui aktivitas fisik yang dianjurkan
	5. Mengetahui efek yang diharapkan dari pengobatan.
	6. Mengetahui manfaat manajemen penyakit
	7. Mengetahui tanggung jawab perawatan diri untuk pengobatan yang sedang berlangsung
	8. Mengetahui teknik pemantauan sendiri
Pengetahuan : Manajemen penyakit akut	1. Mengetahui perjalanan penyakit
	2. Mengetahui tanda dan gejala penyakit
	3. Mengetahui tanda dan gejala komplikasi
	4. Mengetahui strategi untuk mencegah komplikasi

Sumber : *Nursing Outcomes Classification* 2013

Menurut *Nursing Interventions Classification* (NIC) 2013 intervensi dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.11 Intervensi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

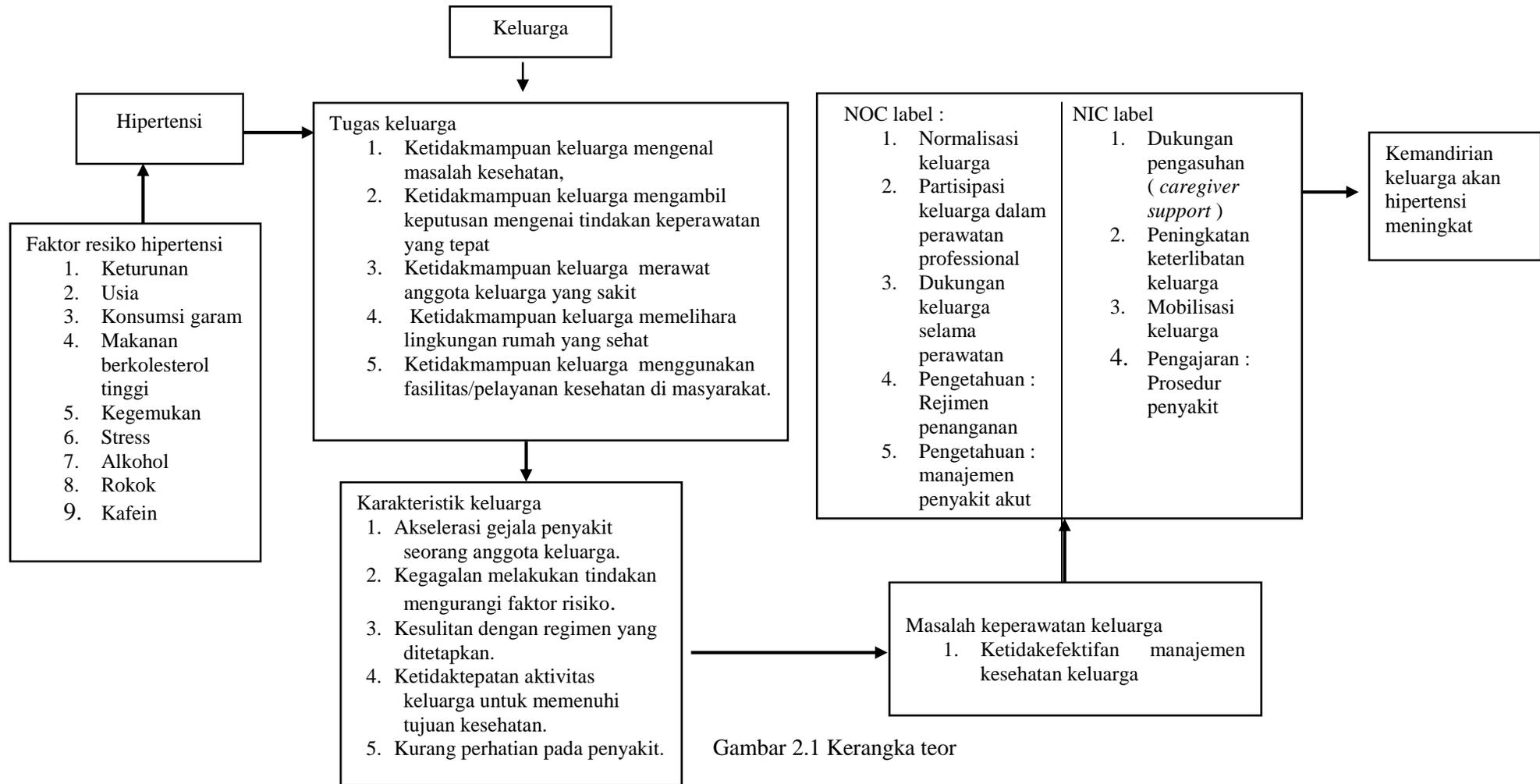
NIC	Intervensi
Dukungan pengasuhan ( <i>caregiver support</i> )	1. Mengkaji tingkat pengetahuan <i>caregiver</i>
	2. Mengkaji tingkat penerimaan <i>caregiver</i> terkait perannya untuk menyediakan perawatan
	3. Menerima ekspresi negatif dari <i>caregiver</i>

NIC	Intervensi
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bertindak bila <i>caregiver</i> terlalu berat bebannya</li> <li>5. Menyediakan peninjauan lanjutan mengenai kesehatan pendampingan <i>caregiver</i> melalui telepon atau melalui perawat komunitas</li> <li>6. Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan <i>caregiver</i></li> <li>7. Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien</li> <li>8. Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien</li> <li>9. Mengajarkan <i>caregiver</i> mengenai pemberian terapi bagi pasien sesuai keinginan pasien</li> <li>10. Monitor indikator adanya stress</li> <li>11. Mengajarkan <i>caregiver</i> mengenai teknik manajemen stress</li> </ol>
Peningkatan keterlibatan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan</li> <li>2. Ciptakan budaya fleksibilitas untuk keluarga</li> <li>3. Tentukan sumber daya fisik, emosional dan edukasi dari pemberi perawatan utama</li> <li>4. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien</li> <li>5. Monitor struktur dan peran keluarga</li> <li>6. Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien</li> <li>7. Fasilitasi pemahaman mengenai aspek medis dari kondisi pasien pada anggota keluarga</li> <li>8. Identifikasi kesulitan coping pasien dengan anggota keluarga</li> <li>9. Dorong anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga yang sesuai</li> <li>10. Diskusikan pilihan jenis perawatan di rumah</li> </ol>
Mobilisasi keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga</li> <li>2. Bangun hubungan saling percaya dengan keluarga</li> </ol>

NIC	Intervensi
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga.</li> <li>4. Identifikasi kekuatan dan sumber daya keluarga, dalam anggota keluarga dan dan dalam sistem dukungan keluarga dan masyarakat</li> <li>5. Ajarkan pemberi perawatan di rumah mengenai terapi pasien yang sesuai</li> <li>6. Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi pasien dan perubahan gaya hidup</li> <li>7. Monitor situasi terakhir keluarga</li> <li>8. Bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi layanan kesehatan dan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien</li> </ol>
Pengajaran : Prosedur penyakit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi sesuai kebutuhan</li> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit sesuai kebutuhan</li> <li>4. Identifikasi kemungkinan penyebab sesuai kebutuhan</li> <li>5. Hindari memberikan harapan kosong</li> <li>6. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi</li> <li>7. Diskusikan pilihan terapi/penanganan</li> <li>8. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada sesuai kebutuhan</li> <li>9. Instruksikan pasien mengenai tindakan untuk meminimalkan egek samping penanganan dari penyakit sesuai kebutuhan</li> <li>10. Berikan nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi komplikasi</li> </ol>

Sumber : *Nursing Interventions Classification (NIC) 2013*

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teor

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

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

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

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

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

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

#### D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Hipertensi	Tekanan darah sistol >140 mmHg dan diastol $\geq$ 70 mmHg diukur oleh perawat pada anggota keluarga
2.	Keluarga	Sekumpulan individu yang tinggal dalam 1 rumah dengan ikatan perkawinan atau ikatan darah
3.	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga	Ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan bagi salah satu anggota keluarga yang menderita hipertensi

Tabel 3.1 Definisi Operasional

#### E. Instrumen Studi Dokumentasi

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

#### F. Teknik Pengumpulan Data

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

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

### **G. Analisa Data**

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

### **H. Etika Penulis**

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Pernyataan persetujuan terhadap rencana tindakan medis yang akan dilakukan

2. *Beneficence* (berbuat baik)

Merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan pasien atau tidak menimbulkan bahaya bagi pasien

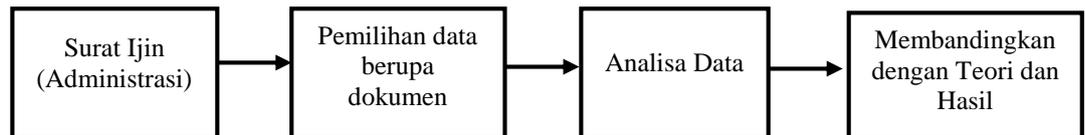
3. *Veracity* (kejujuran)

Merupakan prinsip moral dimana kita mempunyai suatu kewajiban untuk mengatakan yang sebenarnya atau tidak membohongi orang lain / pasien. Kewajiban untuk mengatakan yang sebenarnya didasarkan atau penghargaan terhadap otonomi seseorang dan mereka berhak untuk diberi tahu tentang hal yang sebenarnya.

4. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah menjaga privasi (informasi) klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien.

### I. Kerangka Alur



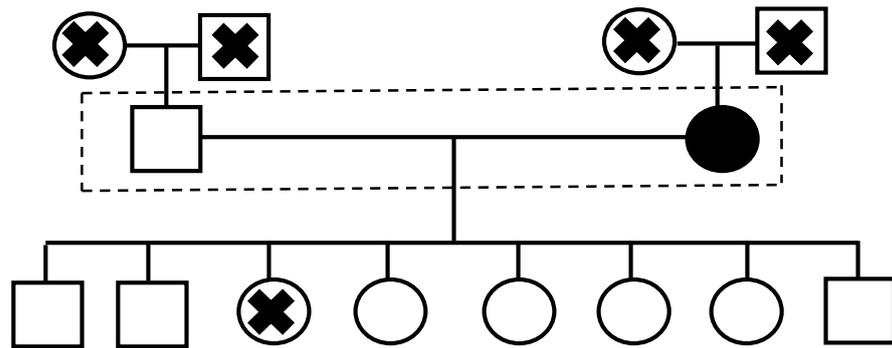
Gambar 3.1 Kerangka Alur

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

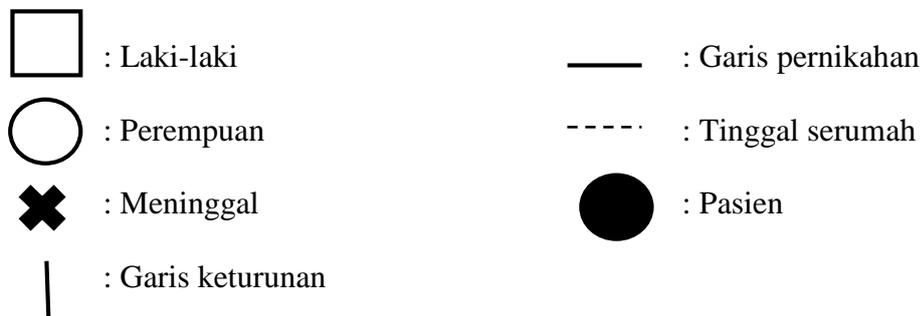
#### **A. Hasil**

Asuhan keperawatan yang terlampir dalam KTI tahun 2018 pada keluarga Tn. M dengan tipe keluarga inti. Keluarga Tn. M merupakan penduduk asli Jawa dan berkebangsaan Indonesia. Tn. M (57 tahun) dan Ny. J (58 tahun) tinggal berdua di Dusun padokan Lor, mereka memiliki 8 anak yang tinggal di Dusun Padokan Kidul. Pendidikan terakhir Tn. M dan Ny. J adalah SD. Tn. M berprofesi sebagai penjaga SD dan Ny. J menjual makanan di kantin sekolah, keduanya beragama islam, menjalankan sholat 5 waktu, dan berpuasa di bulan ramadhan. Tn. M dan Ny. J sama-sama menderita hipertensi. Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah tahap usia pertengahan dengan tugas perkembangan keluarga menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak, memperkuat hubungan perkawinan serta persiapan masa tua atau pensiun. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yakni meluluskan anak-anaknya yang masih sekolah dan kuliah.



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :



Hasil dari data asuhan keperawatan, pengkajian pada keluarga Tn.M tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga didapatkan data bahwa Tn. M dan Ny. J memiliki riwayat hipertensi dan saat dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil tekanan darah Tn. M = 150/90 mmHg dan tekanan darah Ny. J adalah 150/100 mmHg. Keluarga Tn. M mengatakan mengerti mengenai tanda gejala hipertensi dan tingkat keparahan apabila hipertensi tidak diobati. Keluarga Tn. M mengatakan tidak pernah mengikuti senam hipertensi di Puskesmas Kasihan II Bantul yang diadakan setiap hari Sabtu. Keluarga Tn. M mengatakan mereka menghindari makanan asin dan memperbanyak sayuran di menu makannya seperti seledri. Tn. M adalah seorang perokok aktif, beliau mengatakan merokok sejak lulus SMA dan sulit untuk berhenti merokok. Ny. J dan Tn.M

mengatakan jika pusing mereka memeriksakan diri ke Puskesmas Kasihan II karena jaraknya yang dekat sekitar 200 meter dari rumah dengan menggunakan JAMKESMAS.

Dari pengkajian di atas didapatkan diagnosis keperawatan :

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan skor 5
2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko dengan skor 4 2/3

Rencana keperawatan dibuat dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan manajemen kesehatan keluarga efektif dengan kriteria hasil keluarga mampu mengenal masalah dengan mampu menyebutkan pengertian, tanda gejala serta komplikasi hipertensi, mampu mengambil keputusan dengan mampu melakukan senam hipertensi minimal 3 kali sehari, mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan mampu menyiapkan diit hipertensi dan mampu memotivasi Ny. J untuk rutin melakukan senam hipertensi, mampu memodifikasi lingkungan dengan mampu meminimalkan stressor dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan mampu dan mau melakukan senam hipertensi rutin di Puskesmas.

Intervensi yang dibuat yakni keluarga mampu mengenal masalah dengan intervensi kaji pengetahuan keluarga tentang hipertensi, keluarga mampu mengambil keputusan dengan intervensi ajarkan keluarga untuk melakukan senam hipertensi, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan intervensi diskusikan dengan keluarga untuk menyiapkan makanan sesuai diit hipertensi, keluarga mampu memodifikasi lingkungan

yang kondusif dengan intervensi diskusikan dengan keluarga untuk menghindari stressor seperti marah-marah dan beban pikiran, serta keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan intervensi anjurkan kepada keluarga untuk melakukan senam rutin di Puskesmas.

Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 26 April 2018 yaitu kontrak waktu dengan keluarga Ny. J dan mengajarkan keluarga melakukan senam hipertensi dengan hasil data subjektif (S) yaitu klien mengatakan mengerti dan paham gerakan senam hipertensi dan mengatakan akan rutin melakukan senam hipertensi di rumah 3x sehari. Data objektif (O) yaitu keluarga mampu melakukan senam hipertensi. Implementasi hari ke dua pada 27 April 2018 adalah mengobservasi kondisi keluarga. Implementasi hari ke tiga pada 28 April 2018 adalah observasi lanjutan sekaligus evaluasi akhir.

Hasil evaluasi akhir dari pelaksanaan tersebut adalah data subjektif (S) yaitu keluarga mengatakan paham tentang pengertian hipertensi, mampu melakukan senam hipertensi minimal 3 kali sehari dan mampu menyediakan makanan sesuai diet untuk penderita hipertensi. Data objektif (O) yaitu Ny. J tampak sedang melakukan senam hipertensi, hasil pengukuran tanda-tanda vital Ny. J tekanan darah = 140/80 mmHg, nadi 82x/menit, suhu 37,5°C, RR 20x/menit. *Assesment* (A) masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi dan *planning* (P) hentikan intervensi.

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan teori Maglaya dalam IPKKI (2017) yang menyebutkan bahwa pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki 2 tahapan, tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga dan tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga. Pengkajian pada kasus dapat dikatakan sudah baik karena pengkajian yang berfokus pada hipertensi individu dan juga pengkajian 5 tugas kesehatan keluarga sudah dijabarkan dengan cukup jelas. Variabel data yang mencakup identitas, kondisi kesehatan anggota keluarga, data kesehatan lingkungan, struktur keluarga (peran, nilai, komunikasi, kekuatan, dan fungsi keluarga juga sudah dikaji dengan baik. Hanya saja beberapa data terkait budaya belum dikaji, kebersihan diri belum dikaji, struktur keluarga yaitu peran yang dikaji hanya peran dari Ny. J saja dan pola komunikasi belum dikaji secara lengkap, selain itu pengkajian tugas kesehatan keluarga juga kurang lengkap seperti seberapa sering klien mengonsumsi seledri dan kerutinan klien minum obat hipertensi.

Pengkajian tahap dan tugas perkembangan keluarga sudah terkaji dengan cukup baik dan memang tepat jika dituliskan keluarga Tn. M saat ini berada di tahap keluarga usia pertengahan/tahap 7 karena anak terakhir dari keluarga tersebut sudah tidak tinggal serumah dengan orang tua, hanya saja menurut Duvall dan Miller dalam Andarmoyo (2016) tugas perkembangan keluarga usia pertengahan hanya ada 3 yakni menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan-

hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak serta memperkuat hubungan perkawinan sedangkan pada kasus dituliskan ada 4 tahapan keluarga, 3 diantaranya sesuai dengan teori Duvall dan Miller dalam Andarmoyo (2016) ditambah 1 tugas perkembangan yakni persiapan masa tua/pensiun. Selain itu pada kasus, tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dituliskan meluluskan anak-anaknya yang masih sekolah dan kuliah tidak sesuai dengan keempat tugas perkembangan keluarga yang disebutkan sebelumnya.

Penggambaran genogram sudah cukup baik dengan adanya simbol jenis kelamin, garis perkawinan, garis keturunan, simbol untuk anggota keluarga yang meninggal, simbol tinggal serumah, hanya saja tidak dilengkapi dengan nama dan usia anggota keluarga, bagaimana hubungan personal antar anggota keluarga.

Hasil studi dokumentasi dari data asuhan keperawatan yang dilakukan pada 25-27 April 2018 di kediaman keluarga Tn. M didapatkan data bahwa Tn. M dan istrinya Ny. J memiliki 8 orang anak, Tn. M dan Ny. J tinggal berdua di Dusun padokan Lor RT 03 dan anaknya tinggal di Dusun Padokan Kidul, maka dari itu berdasarkan teori Andarmoyo (2016) tentang tipe keluarga, keluarga Tn. M termasuk tipe keluarga inti karena keluarga terdiri dari ayah dan ibu yang tinggal serumah. Tn. M dan istrinya Ny. J berusia >50 tahun dan keduanya menderita hipertensi. Berdasarkan teori Puramasari (2011) semakin bertambahnya usia, pembuluh darah menjadi semakin kaku. Hal ini dapat menyebabkan tekanan darah menjadi lebih

tinggi, hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Syahrini, dkk (2012) dengan hasil dari 80 responden diketahui 1 orang pada kelompok umur 15 – 44 tahun yang menderita hipertensi sebesar 0 (0%) dan yang tidak menderita hipertensi sebesar 1 (1,25%), 13 orang pada kelompok umur 45 – 54 tahun diketahui yang menderita hipertensi sebesar 3 (3,75%) dan yang tidak menderita hipertensi sebesar 10 (12,5%), 37 orang pada kelompok umur 55 – 64 tahun yang menderita hipertensi sebesar 30 (37,5%) dan yang tidak menderita hipertensi sebesar 7 (8,75%), dan 29 orang pada kelompok umur lebih dari 65 tahun diketahui yang menderita hipertensi sebesar 29 (36,25%) dan yang tidak menderita hipertensi sebesar 0 (0%). Berdasarkan hasil uji statistik ChiSquare didapatkan nilai  $p=0,0001$ ;  $OR = 7,4$ ;  $CI = 95\%$  (3,5 – 15,7). Nilai  $p\text{-value} < 0,05$  yaitu 0,003 yang berarti hipotesis diterima. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian hipertensi.

Tn. M adalah seorang perokok aktif, beliau mengatakan merokok sejak lulus SMA dan sulit untuk berhenti merokok, hal ini berpengaruh pada peningkatan tekanan darah. Berdasarkan teori Purnamasari (2011), beberapa faktor resiko hipertensi diantaranya adalah faktor keturunan, usia, dan rokok. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wibowo, dkk (2015) yang menyebutkan bahwa dari 19 responden yang memiliki kebiasaan merokok berat sebagian besar mengalami hipertensi tahap II (73,7%). Dari 9 responden yang memiliki kebiasaan merokok ringan sebagian besar mengalami hipertensi tahap II (55,6%). Sedangkan dari 38

responden yang tidak merokok sebagian besar mengalami hipertensi tahap I sebanyak 21 orang (55,3%). Nilai koefisien korelasi sebesar 0,240 menunjukkan semakin rendah orang memiliki kebiasaan merokok maka semakin rendah pula tahap hipertensinya.

Keluarga Tn. M mengatakan mereka menghindari makanan asin sebagai salah satu upaya untuk mengontrol tekanan darah, hal ini sesuai dengan teori Ardiansyah (2012) yang menyatakan bahwa terapi nonfarmakologi sebagai penatalaksanaan hipertensi salah satunya dengan mengurangi konsumsi garam, didukung dengan penelitian Bertalina (2015) dengan hasil analisis hubungan antara asupan natrium dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 13 (92,9%) responden yang asupan natriumnya kurang baik dengan menderita hipertensi berat, sedangkan 37 (60,7%) responden yang asupan natriumnya buruk menderita hipertensi berat. Hasil uji statistik diperoleh p value= 0,027, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara asupan natrium dan hipertensi.

Keluarga Tn. M memperbanyak sayuran di menu makannya seperti seledri sebagai salah satu upaya untuk menurunkan tekanan darah. Berdasarkan teori Ardiansyah (2012) salah satu penatalaksanaan nonfarmakologi bagi penderita hipertensi adalah pengaturan pola makan, didukung penelitian yang dilakukan Asmawati, dkk (2014) dengan hasil ada penurunan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan rebusan seledri pada lansia yang signifikan dengan (p-value  $\leq \alpha$ : 0,05) sistolik:  $0,000 \leq \alpha$ :

0,05 dan diastolik:  $0,000 \leq \alpha: 0,05$ . Maka dapat disimpulkan bahwa minum rebusan seledri efektif dalam menurunkan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi. Namun jumlah dan frekuensi pengonsumsi seledri pada kasus tidak dijelaskan, sehingga tidak diketahui apakah seledri yang dikonsumsi memberi manfaat pada Tn.M dan Ny. J terkait hipertensinya seperti yang disebutkan Asmawati di penelitiannya.

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

Berdasarkan teori IPKKI (2017) diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap

perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, resiko maupun sejahtera, maka perumusan diagnosa keperawatan pada kasus sudah benar, dengan menganalisa hasil pengkajian pada lingkungan keluarga, fungsi keluarga, dan dari data itu merumuskan 2 diagnosa aktual yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dan perilaku kesehatan cenderung beresiko.

Penegakan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah tepat karena 3 dari batasan karakteristik yang terdapat pada NANDA (2015) sudah muncul, yakni kegagalan mengurangi faktor resiko dibuktikan dengan Tn. M yang seorang perokok aktif, ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan pernyataan Ny. J bahwa beliau tidak pernah mengikuti senam hipertensi dan kurang perhatian pada penyakit dibuktikan dengan pernyataan bahwa Ny. J dan Tn. M hanya memeriksakan dirinya ketika pusing saja, bukan secara rutin memeriksakan tekanan darahnya.

Berdasar teori IPKKI (2017) tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga yang pertama adalah menetapkan prioritas masalah menggunakan skala menyusun prioritas, dalam kasus juga sudah dituliskan skala penyusunan prioritas kedua diagnosa yang ditemukan dengan menilai sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah. Hasil dari skoring didapatkan diagnosa utama adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan

jumlah skor 5 dan perilaku kesehatan cenderung berisiko sebagai diagnosa ke dua dengan jumlah skor 4 2/3.

Pemrioritasan masalah sudah dilakukan dengan benar dengan melibatkan keluarga. Skoring kriteria sifat masalah sudah benar dan didukung pembenaran yang sesuai dengan bobot 1, hanya saja pada kriteria sifat masalah urutannya kurang sesuai dengan yang disampaikan IPKKI (2017), yang mana seharusnya urutannya adalah *wellness* dengan skor 3, aktual dengan skor 3, resiko dengan skor 2 dan potensial dengan skor 1 akan tetapi dalam kasus dituliskan urutannya adalah tidak/kurang sehat, ancaman kesehatan dan keadaan sejahtera/krisis. Skoring pada kriteria kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah sudah benar dan didukung pembenaran yang sesuai.

Perencanaan keperawatan dibuat dengan didiskusikan terlebih dahulu dengan keluarga, yaitu Tn. M dan Ny. J untuk menyusun tujuan dan kriteria hasil. Hal ini sesuai dengan teori IPKKI (2017) yang menyatakan bahwa dalam penyusunan perencanaan keperawatan perlu memperhatikan beberapa hal diantaranya kriteria hasil harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga, tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga.

Tujuan keperawatan yang dibuat untuk keluarga Tn. M adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan manajemen kesehatan keluarga efektif, mampu mencapai kriteria hasil yakni keluarga mampu mengenal masalah meliputi pengertian, tanda gejala

dan komplikasi hipertensi, keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan senam hipertensi, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan menyiapkan diit hipertensi, keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan meminimalkan stresor, dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan mengikuti kegiatan senam hipertensi secara rutin di Puskesmas.

Penulisan kriteria hasil sudah memenuhi prinsip *specific (S)*, *measurable (M)*, *achievable (A)*, *realistic (R)*, dan *time (T)*. prinsip *specific* sudah terpenuhi dengan dituliskannya kriteria hasil keluarga mampu mengenal masalah masalah dengan mampu menyebutkan pengertian, tanda gejala serta komplikasi hipertensi. Prinsip *measurable* sudah terpenuhi dengan dituliskannya kriteria hasil keluarga mampu mengambil keputusan dengan mampu melakukan senam hipertensi minimal 3 kali sehari. Prinsip *achievable* dan *realistic* sudah terpenuhi dengan dituliskannya kriteria hasil yang dapat dicapai dan realistis. Prinsip *time* sudah terpenuhi dengan dituliskannya waktu yang direncanakan yakni 3x kunjungan.

Perencanaan keperawatan pada kasus, tujuan dan intervensi ditujukan pada lima tugas fungsi perawatan keluarga seperti yang disebutkan IPKKI (2017) bahwa tujuan intervensi ditujukan pada lima tugas fungsi perawatan keluarga, dengan mengacu pada NOC dan NIC.

Untuk tujuan keluarga mampu mengenal masalah dengan mampu menyebutkan pengertian, tanda gejala, komplikasi hipertensi sesuai dengan NOC label pengetahuan : rejimen penanganan dengan kriteria hasil

mengetahui proses penyakit tertentu. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni tingkat pengetahuan dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.

Untuk tujuan keluarga mampu mengambil keputusan dengan mampu melakukan senam hipertensi minimal 3x sehari sesuai dengan NOC label normalisasi keluarga dengan kriteria hasil mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni manajemen kesehatan keluarga dengan meningkatkan aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga. Hanya saja pada tujuan dituliskan senam minimal 3x sehari dirasa berlebihan, karena menurut P2PTM Kemenkes RI (2019) salah satu cara mengurangi risiko mengidap hipertensi adalah dengan melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu).

Untuk tujuan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan mampu menyiapkan diet hipertensi dan memotivasi Ny. J untuk rutin melakukan senam sesuai dengan NOC label pengetahuan : rejimen penanganan dengan kriteria hasil mengetahui diet yang dianjurkan dan NOC label dukungan keluarga selama perawatan dengan kriteria hasil anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni status kesehatan keluarga dengan kriteria hasil meningkat suplai makanan bernutrisi dan meningkat aktivitas fisik anggota keluarga.

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

Untuk tujuan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan mau dan mampu mengikuti senam hipertensi di puskesmas sesuai dengan NOC label pengetahuan : rejimen penanganan dengan kriteria hasil mengetahui proses penyakit tertentu, mengetahui diet yang dianjurkan dan mengetahui aktivitas fisik yang dianjurkan. Hal ini juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) yakni tingkat pengetahuan dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran dan manajemen kesehatan keluarga dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami dan aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat.

Intervensi yang diberikan pada keluarga Tn. M adalah kaji pengetahuan keluarga tentang hipertensi, ajarkan keluarga untuk melakukan senam hipertensi, dikusikan dengan keluarga untuk menyiapkan makanan sesuai diit hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk menghindari stressor seperti marah-marah dan beban pikiran, anjurkan kepada keluarga untuk melakukan senam rutin di puskesmas.

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

Untuk intervensi keluarga mampu mengambil keputusan dengan ajarkan keluarga untuk melakukan senam hipertensi sesuai dengan NIC label pengajaran : prosedur penyakit dengan intervensi diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi. Senam hipertensi perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan sekunder, untuk mencegah kecacatan atau komplikasi dari hipertensi itu sendiri. Senam hipertensi dapat menjadi salah satu upaya penatalaksanaan hipertensi sesuai teori Ardiansyah (2012) yang mengemukakan bahwa salah satu penatalaksanaan nonfarmakologi dari hipertensi adalah dengan melakukan olahraga aerobik yang tidak terlalu berat. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ifansyah, dkk pada 2015 dengan hasil terdapat pengaruh senam lansia terhadap penurunan tekanan darah pada lansia hipertensi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Martapura dengan nilai  $p = 0,023$ .

Untuk intervensi keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan mampu menyiapkan diet hipertensi dan mampu memotivasi Ny. J untuk rutin melakukan senam hipertensi sesuai dengan NIC label

pengajaran : prosedur penyakit dengan intervensi diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi. Hal ini sesuai dengan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni dukungan keluarga merencanakan perawatan dengan intervensi ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan Novian, A (2013) bahwa ada hubungan antara peran keluarga dengan kepatuhan diit pasien hipertensi, dan didukung teori dari Friedman (2010) yang menyatakan bahwa kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan.

Untuk intervensi keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan diskusikan untuk menghindari stressor sesuai dengan NIC label dukungan pengasuhan dengan intervensi mengajarkan *caregiver* mengenai teknik manajemen stress. Hal ini sesuai dengan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni pendampingan keluarga dengan intervensi ajarkan mekanisme coping yang dapat dijalankan keluarga. Berdasarkan teori Purnamasari (2011) salah satu faktor risiko hipertensi adalah stress yang dapat menyebabkan peningkatan hormon kortisol yang jika berlebihan dapat memicu meningkatnya tekanan darah, didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sulastri (2015) dengan hasil dari 23 responden yang mengalami stres ringan ada 22 orang (95,7%) yang tekanan darahnya tidak kambuh, sementara dari 41 responden dengan stres sedang, ada 5 orang (12,2%) yang hipertensinya tidak kambuh. Hasil uji statistic dengan uji

chisquare di dapatkan  $p\text{-value}=0,000<0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara stres dengan kekambuhan hipertensi.

Untuk intervensi keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan anjurkan keluarga untuk melakukan senam rutin di puskesmas sesuai dengan NIC label mobilisasi keluarga dengan intervensi bantu anggota keluarga untuk mengidentifikasi layanan kesehatan dan sumber daya masyarakat yang dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Hal ini sesuai dengan teori Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yakni dukungan keluarga merencanakan perawatan dengan intervensi informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.

Berdasarkan IPKKI (2017) implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi 5 tugas kesehatan keluarga. Implementasi pada kasus sudah berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga. Implementasi keperawatan pada keluarga Tn. M dilakukan selama 3 hari yakni dari tanggal 26-28 April 2018. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama 26 April 2018 yaitu kontrak waktu dengan keluarga Ny. J, mengajarkan keluarga melakukan senam hipertensi. Implementasi hari ke dua pada 27 April 2018 adalah mengobservasi kondisi keluarga. Lalu pada 28 April 2018 dilakukan evaluasi akhir pada keluarga Tn. M.

Implementasi yang dilakukan tidak sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya karena tindakan yang dilakukan hanya kontrak waktu dengan keluarga, mengajarkan senam hipertensi dan selebihnya hanya observasi saja. sedangkan untuk intervensi kaji pengetahuan keluarga

tentang hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk menyiapkan makanan sesuai diit hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk menghindari stressor, dan anjurkan kepada keluarga untuk melakukan senam rutin di Puskesmas tidak dilakukan dan atau tidak didokumentasikan di kolom implementasi walaupun mungkin untuk intervensi kaji pengetahuan keluarga sudah dilakukan saat pengkajian.

Berdasarkan teori IPKKI (2017) yang mengemukakan bahwa 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. Pada evaluasi akhir yaitu tanggal 28 April 2018 dituliskan data subjektif (S) keluarga mengatakan paham pengertian hipertensi, mampu melakukan senam hipertensi 3x sehari, mampu menyediakan makanan sesuai diit untuk penderita hipertensi, data objektif (O) berupa Ny. J tampak sedang melakukan senam hipertensi dan hasil pengukuran tanda-tanda vital Ny. J, *assessment* (A) masalah teratasi dan *planning* (P) intervensi dihentikan. Berdasarkan hasil analisa, assesmen masalah teratasi dirasa kurang tepat karena belum semua kriteria hasil tercapai, diantaranya dituliskan keluarga mengatakan paham pengertian hipertensi, sedangkan pada kriteria hasil yang ingin dicapai bukan hanya pemahaman keluarga terhadap pengertian hipertensi tetapi juga tanda gejala serta komplikasinya. Lalu tidak ada kalimat yang menunjukkan bahwa tujuan keluarga mampu memotivasi Ny. J untuk melakukan senam

hipertensi, keluarga mampu meminimalkan stressor dan keluarga mampu melakukan senam hipertensi rutin di puskesmas sudah tercapai.

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

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

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

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil studi dokumentasi didapatkan kesimpulan seperti di bawah ini :

1. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pengkajian sudah baik dengan dikajinya data mengenai masalah kesehatan individu yakni hipertensi dan 5 tugas kesehatan keluarga, hanya saja untuk beberapa data terkait budaya belum dikaji, kebersihan diri belum dikaji, struktur keluarga yaitu peran yang dikaji hanya peran dari Ny. J saja, pola komunikasi belum dikaji secara lengkap, hasil pengkajian tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi tidak sesuai dengan tugas perkembangan keluarga Tn. M yakni tahap 7, pengkajian tugas kesehatan keluarga juga kurang lengkap seperti seberapa sering klien mengonsumsi seledri dan kerutinan klien minum obat hipertensi, selain itu penggambaran genogram akan lebih baik lagi jika dilengkapi dengan nama dan usia anggota keluarga serta hubungan personal antar anggota keluarga.
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu perumusan

diagnosa berdasarkan batasan karakteristik yang muncul sesuai NANDA (2015) dan teori Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

3. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pada kasus penyusunan perencanaan berfokus pada 5 tugas kesehatan keluarga dengan mengacu pada NIC, NOC, juga sesuai dengan teori Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) hanya saja tujuan klien melakukan senam minimal 3x sehari dirasa berlebihan. Kriteria hasil pada tujuan sudah memenuhi prinsip SMART. Selain itu masalah sudah diprioritaskan menggunakan skala untuk menentukan prioritas dengan baik, hanya saja urutan penulisan pada kriteria sifat masalah kurang tepat.
4. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu pada kasus pelaksanaan mengacu pada 5 tugas kesehatan keluarga, hanya saja tidak semua intervensi dilakukan dan atau didokumentasikan pada kolom implementasi.
5. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu evaluasi masih kurang baik yang mana pada tabel rencana asuhan keperawatan penulisan evaluasi hanya mencantumkan S dan O meskipun pada catatan perkembangan kolom evaluasi sudah mencantumkan S, O, A dan P. Lalu pada evaluasi akhir *assessment*

masalah teratasi dan *planning* hentikan intervensi dirasa kurang tepat karena belum semua kriteria hasil pada tujuan tercapai, selain itu ada evaluasi proses yang dimasukkan ke kolom evaluasi hasil. Pendokumentasian sudah baik dengan selalu menyertakan hari, tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang, hanya saja terdapat beberapa pengetikan kata yang keliru.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi, saran yang dapat peneliti sampaikan :

### 1. Bagi institusi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

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

### 2. Bagi peneliti selanjutnya

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2016). *Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah*. Yogyakarta : DIVA Press.
- Asmawati, N., Purwati., Handayani, RS. (2015). Efektivitas Rebusan Seledri dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Lansia Penderita Hipertensi di Posyandu Lansia Kelurahan Pajar Bulan Kecamatan Way Tenong Lampung Barat. *Jurnal Kesehatan, Volume VI, Nomor 2*. Diakses 20 April 2020 dari <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/93>
- Bertalina. (2016). Hubungan Pola Makan, Asupan Makanan dan Obesitas Sentral dengan Hipertensi di Puskesmas Rajabasa Indah Bandar Lampung. *Jurnal Kesehatan, Volume VII, Nomor 1*. Diakses 20 April 2020 dari <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/116>
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* Edisi ke-6. Singapore : Elsevier.
- Damayantie, N. (2019). Optimalisasi Tugas Perawatan Kesehatan oleh Keluarga sebagai Upaya Meningkatkan Kesehatan Penderita Hipertensi di Kelurahan Simpang Tiga Sipin. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK) Vol.1 No.3*. Diakses 21 Februari 2020, dari <http://jak.stikba.ac.id/index.php/jak/article/view/63/>
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Paktek* Edisi ke-5. Jakarta : EGC.
- Hartono. (2011). *Metodologi Penelitian*. Pekanbaru : Zanafa Publishing.
- Ifansyah, MN., Herawati., Diani, N. (2015). Senam Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Dengan Hipertensi. *Dunia Keperawatan : Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*. Diakses 20 April 2020 dari <https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/JDK/article/view/1711/1484>
- IPKKI. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan : Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta : UI Press.
- Kandarini, Y. (2017, 13 Oktober). Tatalaksana Farmakologi Terapi Hipertensi. *PKB-Trigonum Sudema-Ilmu Penyakit Dalam XXV*. Diakses 21 Februari 2020, dari [https://simdos.unud.ac.id/uploads/file\\_penelitian1\\_dir/91ce253ff5aa007ba1\\_cc8d5d19cfe3f4.pdf](https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian1_dir/91ce253ff5aa007ba1_cc8d5d19cfe3f4.pdf)

- Kemeterian kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Rikesdas 2018*. Diakses 22 Februari 2020, dari [http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
- Martiningsih, U., Rachmadi, F., & Fahdi, F.K. (2018). Hubungan Peran Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Antihipertensi Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Parit H. Husin Ii Kota Pontianak. Retrieved from <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/viewFile/29496/75676579081>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* Edisi ke-5. Singapore : Elsevier.
- NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017* Edisi ke-10. Jakarta : EGC.
- Novian, A. (2014). Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet Pasien Hipertensi. *Unnes Journal of Public Health 3 (3)*. Diakses 1 Mei 2020 dari <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/3536>
- P2PTM Kemenkes RI. (2019). Bagaimana mengurangi risiko hipertensi?. Diakses 14 Juli 2020 dari <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/page/4/bagaimana-mengurangi-risiko-hipertensi>
- Pemerintah Kabupaten Bantul Dinas Kesehatan Bantul. (2018). *Profil Kesehatan Tahun 2018*. Diakses 22 Februari 2020 dari <https://dinkes.bantulkab.go.id/filestorage/dokumen/2018/05/Profil%20Kesehatan%202018.pdf>
- Permata, WS. (2019). Karya Tulis Ilmiah Gambaran Diagnosis Kesiapan Meningkatkan Proses Keluarga pada Keluarga dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. Repository Akper YKY Jogja. Diakses 1 Mei 2020 dari <http://repository.akperkyjogja.ac.id/92/1/WAHYU%20SURYA%20PERMATA%202216035.pdf>
- Purnamasari, D. (2011). *Ensiklopedia Praktis Kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka Raja.
- Puskesmas Kasihan II Bantul. (2019). *Puskesmas Kasihan II Bantul*. Diakses 20 April 2020 dari <https://puskesmas.bantulkab.go.id/kasihan2/>

- Puspita, E., Oktaviarini, E., Santik, YDP. (2017). Peran Keluarga Dan Petugas Kesehatan Dalam Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi Di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 12 (2). Diakses 10 Maret 2020 dari <http://103.97.100.145/index.php/jkmi/article/view/3172/3056>
- Sulastri. (2015). Hubungan Antara Stres dan Riwayat Kontrol dengan Kekambuhan Hipertensi pada Lansia di UPTD PSLU Natar Lampung Selatan. *Jurnal Kesehatan, Volume VI, Nomor 2*. Diakses 20 April 2020 dari <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/88/80>
- Suprajitno. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.
- Syahrini, EN., Susanto, HS., Udiyono, A. (2012). Faktor-Faktor Risiko Hipertensi Primer di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Volume 1, Nomor 2*. Diakses 1 Mei 2020 dari <http://luppy98.mahasiswa.unimus.ac.id/wp-content/uploads/sites/407/2016/06/artikel-hipertensi.pdf>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Wibowo, DK., Istianah, U., Adinugraha, TS. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kalibawang Kulon Progo. *Media Ilmu Kesehatan Vol. 4, No. 2*. Diakses 20 April 2020 Dari <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/607/1/Faktorfaktor%20yang%20Berhubungan%20Dengan%20Kejadian%20Hipertensi.pdf>

# LAMPIRAN

Lampiran 1

No.	Jenis Kegiatan	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.	Studi Pendahuluan																								
2.	Pengajuan Judul Proposal																								
3.	Penyusunan Proposal KTI																								
4.	Seminar Proposal KTI																								
5.	Penyusunan Karya Tulis																								
6.	Seminar Hasil																								

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Pengajuan Judul Proposal : 14 Februari 2020
3. Penyusunan Proposal KTI : 15 Februari-25 Februari 2020
4. Seminar Proposal KTI : 27 Februari 2020
5. Penusunan Karya Tulis : 6 April-15 Mei 2020
6. Seminar Hasil : 2 Juli 2020

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

1. Pengkajian

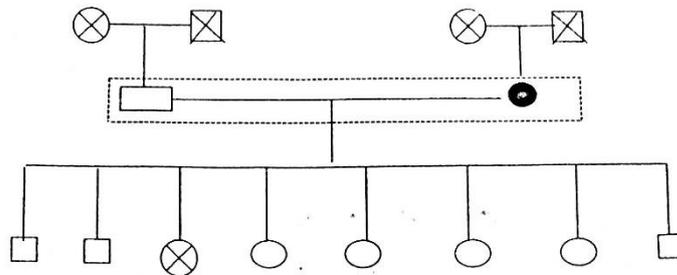
Oleh : ██████████  
NIM : ██████████  
Hari/Tanggal : Rabu, 25 April 2018  
Jam : 19.30 WIB  
Metode : Observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik

a. Data umum

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK) : Tn M
- 2) Umur : 57 tahun
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Alamat dan nomor telpon : Padokan Lor Rt 03
- 6) Pekerjaan KK : Penjaga SD
- 7) Pendidikan KK : SD
- 8) Komposisi Keluarga

No	Nama (Inisial)	Umur (th)	Agama	L/P	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan
1.	Ny. J	58	Islam	P	Istri	SD	Wiraswasta

## 9) Genogram



## Keterangan :

□ : Laki-laki

— : Garis Pernikahan

○ : Perempuan

..... : Tinggal serumah

⊗ : Laki-laki meninggal

| : Garis keturunan

⊗ : Perempuan meninggal

● : Pasien

## 10) Tipe Keluarga

Tipe keluarga Tn M termasuk *nuclear family*, karena Ny. J mengatakan tinggal dirumah bersama suaminya.

## 11) Suku/Bangsa

Keluarga Tn M merupakan penduduk asli Jawa dan bangsa Indonesia.

## 12) Agama

Seluruh anggota keluarga Tn. M beragama islam, menjalankan sholat 5 waktu, dan berpuasa di bulan Ramadhan.

13) Status sosial ekonomi keluarga :

a) Sumber pendapatan keluarga

Sumber pendapatan keluarga di peroleh dari Tn. M selaku kepala keluarga sejumlah ± Rp 550.000/bulan ditambah Ny. J yang menjual makanan di kantin sekolah yang berpenghasilan tidaak pasti tetapi cukup untuk kebutuhan sehari-hari.

b) Barang – barang yang dimiliki

1 buah televisi, 1 buah radio, 1 buah sepeda motor, 1 handphone, 1 buah kompor gas.

14) Aktivitas rekreasi keluarga

Ny.J mengatakan pergi ke pantai bersama suaminya hampir tiap minggu pagi untuk menikmati angin di pantai agar pikirannya tenang.

15) Hobi anggota keluarga

Tn. M mengatakan dirinya hobi bermain badminton, tetapi sudah sebulan terakhir ini tidak melakukan hobinya dikarenakan tangannya sakit

Ny. J mengatakan jika ada waktu luang lebih memilih untuk istirahat atau bersih-bersih.

16) Kebiasaan anggota keluarga

Ny.J mengatakan makan jika terasa lapar, minum teh hangat tiap pagi dan air putih jika haus, tidur sekitar 5-6 jam/ hari, BAK 2X sehari, dan BAB 1X sehari.

Tn.M mengatakan makan 3x/ hari, minum kopi tiap pagi & air putih jika haus, tidur 5-6 jam/ hari, BAK 2X sehari.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini Tahap keluarga usia pertengahan

Tugas perkembangan keluarga:

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

17) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tugas perkembangan keluarga Tn M yang belum terpenuhi adalah meluluskan anak – anaknya yang masih sekolah dan kuliah

18) Riwayat keluarga inti

Ny.J mengatakan dirinya sering merasakan hipertensinya kambuh.

Tn.M mengatakan hipertensinya sering kambuh dan mudah merasa lelah jika sedang beraktivitas.

19) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)

Ny.J dan Tn.M mengatakan dirinya mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

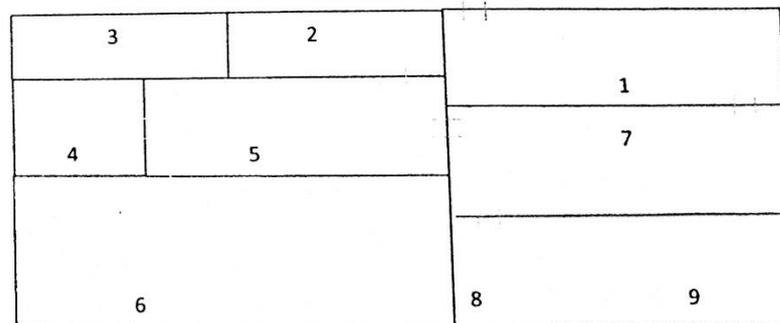
c. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Keluarga Tn M memiliki rumah 7 meter x 4 meter. Status kepemilikan pribadi, jenis rumah petak, jenis bangunan permanen, lantai rumah ubin atap rumah dari genteng lantai terlihat cukup bersih, Ventilasi cukup dengan 7 jendela setiap hari dibuka dan terdapat angin-angin. Sumber pencahayaan sinar matahari dan pada malam hari menggunakan listrik untuk penerangan. Ruang tamu bersih dan tertata, ruang tidur bersih tetapi kurang tertata, dapur bersih, kamar mandi dan WC bersih. Memiliki 1 ruang tamu, 2 kamar tidur, 3 kamar mandi, 1 dapur, 1 ruang keluarga, dan 1 gudang.

Denah :

Gambar 3.2 Denah Rumah



## Keterangan:

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. ruang tamu  | 6. dapur       |
| 2. kamar       | 7. gudang      |
| 3. kamar       | 8. kamar mandi |
| 4. kamar mandi | 9. kamar mandi |
| 5. ruang tv    |                |

## Keterangan :

## a) Perabotan keluarga

keluarga mengatakakan memasak menggunakan kompor. rak di teras digunakan untuk jualan dan perbotan rumah kurang tertata dengan rapi

## b) Sumber air

sumber air dari kran karena air sumur kurang bersih

## c) Jamban keluarga

mempunyai 3 kamar mandi tetapi 1 tidak dapat digunakan

## d) Pembuangan limbah

pembuangan limbah di tempat pembuangan limbah / septi tanc

## e) Halaman rumah

halaman digunakan untuuk juualan (kantin)

## f) Lingkungan rumah

Rumah keluarga Tn. W Rumah Tn. M cukup berantakan karena bagian teras untuk jualan.

## g) Fasilitas sosial, pendidikan dan kesehatan

Jarak rumah dengan fasilitas pendidikan SD  $\pm$  10m. jarak dengan fasilitas peribadatan  $\pm$  3 m. sedangkan dengan Puskesmas Kasihan II 200 meter.

20) Karakteristik tetangga dan komunitas

Ny. J mengatakan tidak mempunyai konflik dengan tetangga di sekitar lingkungannya, interaksi dengan tetangga baik. masih sering ikut perkumpulan di masyarakat seperti arisan rutin. pengajian.

21) Mobilitas geografis keluarga

Ny. J mengatakan tinggal dirumah dinas (kantin), apabila sore pulang kerumahnya di Padokan kidul untuk membantu anaknya menyiapkan perlengkapan berjualan angkringan.

22) Perkumpulan keluarga dan interaksi dgn masyarakat

Ny. J mengatakan dirinya mengikuti perkumpulan ibu-ibu arisan secara rutin dan Tn.M mengatakan sering menghadiri acara tahlilan.

23) Sistem pendukung keluarga

Ny. J mengatakan apabila dalam keadaan susah, anggota keluarga saling membantu untuk memecahkan masalah

24) Fasilitas kesehatan

Ny. J mengatakan apabila hipertensinya kambuh, dirinya periksa di Puskesmas Kasihan II karena jaraknya yang dekat.

d. Struktur Keluarga

1) Struktur Peran

Ny.J mengatakan dirinya berperan sebagai Ibu Rumah Tangga dan berjualan makanan di kantin untuk menambah penghasilan keluarga.

2) Nilai atau norma keluarga

Ny.J mengatakan tidak ada tradisi tertentu didalam keluarganya.

3) Pola komunikasi keluarga

Ny.J mengatakan untuk berkomunikasi sehari-hari keluarganya menggunakan bahasa jawa, komunikasi keluarga baik apabila ada masalah di bicarakan baik – baik.

4) Struktur kekuatan keluarga

Ny.J mengatakan pengambil keputusan di keluarga adalah Tn. M karena sebagai kepala keluarga.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Ny.J mengatakan saling mendukung satu sama lain dan bermusyawarah jika ada masalah didalam keluarganya.

2) Fungsi Sosialisasi

Ny. J mengatakan hubungan dengan masyarakat baik, tidak mempunyai masalah dengan tetangganya, dan sering menghadiri acara di masyarakat.

### 3) Fungsi Reproduksi

Ny.J mengatakan memiliki 8 orang anak. Tiga anaknya telah menikah. 1 meninggal dunia, dan 3 anak lainnya masih duduk di bangku sekolah.

Ny.J pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah kelahiran anak pertamanya kemudian berhenti menggunakan alat kontrasepsi karena sering pusing.

### 4) Fungsi Ekonomi

Ny. J mengatakan penghasilan perbulan bersama suaminya cukup untuk keperluan sehari-hari seperti makan dan biaya sekolah anaknya dibantu oleh anak pertama .

### 5) Fungsi Perawatan Kesehatan

#### a) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Kemampuan mengenal masalah Tn.M terpenuhi terbukti dengan Ny. J mengatakan mengerti tanda\ gejala hipertensi dan tingkat keparahan apabila hipertensi tidak diobati.

#### b) Kemampuan mengambil keputusan

Kemampuan keluarga Tn.M belum terpenuhi terbukti dengan Ny. J mengatakan jika Ny. J dan Tn. M tidak pernah mengikuti senam hipertensi di Puskesmas Kasihan II Bantul yang di adakan setiap hari sabtu.

- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit terpenuhi terbukti dengan Ny. J mengatakan jika Ny. J dan Tn.M menghindari makanan yang asin dan memperbanyak sayuran di menu makananya seperti sledri.

- d) Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan

Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang baik keluarga Tn.M belum terpenuhi terbukti dengan Ny. J megatakan apabila Tn.m masih merokok.

Tn.M mengatakan merokok sejak lulus SMA dan sulit untuk berhenti merokok.

- e) Memaanfaatkan fasilitas kesehatan

Kemampuan keluarga Tn.M memanfaatkan fasilitas kesehatan terpenuhi terbukti dengan Ny. J dan Tn.M mengatakan jika pusing, dirinya periksa ke Puskesmas karena jaraknya yang ddekat sekitar 200 meter dan menggunakan JAMKESMAS.

- f. Stres dan Koping Keluarga

- 1) Stresor jangka pendek dan panjang

Ny.J mengatakan ingin anak-anaknya segera lulus sekolah dan segera bekerja agar bias hidup mandiri.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Ny. J dalam berespon mengatakan jika ada masalah keluarga akan bercerita dan mencari jalan keluar yang dengan bermusyawarah dengan keluarga.

3) strategi koping yang digunakan

Ny. J mengatakan semua hanya titipan sang maha kuasa yaitu Allah SWT dan apabila di beri cobaan selalu memperbanyak berdoa dan berusaha mencari jalan terbaik .

4) Strategi adaptasi disfungsional

Ny. J mengatakan jika merasa pusing akan periksa ke Puskesmas Kasihan II di antar oleh suaminya dengan sepeda motor .

Tn. M mengatakan jika merasa pusing akan memperbanyak istirahatnya.

g. Pemeriksaan Kesehatan Tiap individu anggota keluarga

1) Tanggal pemeriksaan fisik : Kamis, 26 April 2018

2) Pemeriksaan fisik :

TD : 150 MmHg ,N: 80x\menit. S:37,0 C,RR: 24x\menit, tidak mengalami keluhan pada dada .system pencernaan normal tidak ada kelainan, extremitas bawah dan atas lengkap, system genetalia baik.

TD : 150\90 MmHg ,N: 70x\menit, S: 38,5 C, RR: 20x\menit, tidak mengalami keluhan pada dada .system pencernaan normal

tidak ada kelainan, extremitas bawah dan atas lengkap, system genetalia baik.

h. Harapan Keluarga

N. J mengatakan berharap agar anak anaknya yang masih sekolah segera selesai dan bekerja agar Ny.J dan Tn.M bisa lega karena sudah tidak mempunyai beban tanggungan untuk biaya sekolah lagi.

i. Kesehatan ibu dan anak

1) Kehamilan

Dalam keluarga Tn. M tidak ada anggota keluarga yang sedang hamil.

2) Persalinan

Dalam keluarga Tn. M tidak ada anggota keluarga yang sedang dalam masa persalinan.

3) Nifas

Dalam keluarga Tn. M tidak ada anggota keluarga yang sedang dalam masa nifas.

4) Bayi

Dalam keluarga Tn. M tidak ada anggota keluarga yang masih bayi.

5) Keluarga berencana

Ny. J mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi setelah lahir anak pertamanya tetapi kemudian berhenti sampai sekarang karena sering merasa pusing.

6) Balita

Dalam keluarga Tn. M tidak terdapat balita karena anak paling kecil adalah umur 11 tahun dan sudah kelas 6 SD.

j. Pengkajian Lansia

Dalam keluarga Tn.M tidak ada yang berumur 60 tahun keatas atau lansia

## ANALISA DATA

DATA	MASALAH
DS: Ny. J dan Tn.M mengatakan tidak pernah melakukan senam hipertensi  Ny.J mengatakan tidak pernah melakukan olahraga	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
DS: Keluarga Tn. M belum mengetahui tentang bahaya merokok, cara mengatasi, dan cara berhenti merokok Keluarga Tn. M mengatakan sering memperingatkan Tn M untuk berhenti merokok	Perilaku kesehatan cenderung beresiko

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga ditandai dengan

DS:

- Ny. J dan Tn.M mengatakan tidak pernah melakukan senam hipertensi
- Ny. J mengatakan tidak pernah melakukan olahraga

2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko ditandai dengan

DS:

- Keluarga Tn M belum mengetahui tentang bahaya merokok. cara mengatasi, dan cara berhenti merokok
- Keluarga Tn M mengatakan sering memperingatkan Tn M untuk berhenti merokok

### PRIORITAS MASALAH

Diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORE	PEMBENARAN
1	Sifat masalah a. Tidak/Kurang sehat b. Ancaman Kesehatan c. Keadaan sejahtera krisis	3/3x1=1	1	-Tn M mengatakan menderita hipertensi sejak 5 tahun lalu - Ny T mengatakan menderita hipertensi sejak 38 tahun yang lalu -Tn.M mengatakan tidak pernah mengikuti senam hipertensi. -TTV Tn M TD : 150/90 mmHg, N : 80 x/menit, R : 24 x/menit, S : 37.0 C -TTV Ny J TD : 150/100 mmHg, N : 70 x/menit, R : 20x/menit, S : 38,0 C
2	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2/2x2=2	2	Faktor pendukung keluarga Tn. M memiliki sumber daya di antaranya: 1. Tn.M memiliki jaminan kesehatan yaitu JAMKESMAS 2. Jarak antara rumah Tn. M dengan Puskesmas cukup dekat ± 200 m
3	Potensial masalah untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3/3x1=2/3	1	Kemungkinan penyakit Hipertensi dapat di cegah tinggi, karena dari segi sumber daya keluarga Tn. M sangat baik karena keluarga mengerti tentang pengertian hipertensi keluarga mau melakukan senam hipertensi
4	Menonjolnya masalah a. Masalah harus segera ditangani b. Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2/2x1=1	1	Keluarga Tn M menyadari apabila hipertensi tidak segera di obati akan mengakibatkan komplikasi seperti stroke dan penyakit lainnya
JUNLAH			5	

### PRIORITAS MASALAH

Diagnosis keperawatan: Perilaku kesehatan cenderung beresiko

NO	KRITERIA	BOBOT	SKORE	PEMBENARAN
1	Sifat masalah d. Tidak Kurang sehat e. Ancaman Kesehatan f. Keadaan sejahtera krisis	$3/3 \times 1 = 1$	1	Tn M mengatakan merokok dalam satu hari menghabiskan 1 bungkus rokok Keluarga Tn M mengatakan belum mengetahui tentang bahaya merokok dan cara berhenti merokok
2	Kemungkinan masalah dapat diubah d. Mudah e. Sebagian f. Tidak dapat	$2/2 \times 2 = 2$	2	Faktor pendukung keluarga Tn. M memiliki sumber daya di antaranya: 1. Keluarga Tn. M memiliki jaminan kesehatan yaitu JAMKESMAS 2. Keluarga Tn M mengatakan ada niat untuk berhenti merokok 3. Jarak antara rumah Tn. M dengan Puskesmas cukup dekat $\pm 200$ m
3	Potensial masalah untuk dicegah d. Tinggi e. Cukup f. Rendah	$2/3 \times 1 = 2/3$	2/3	Dengan mendiskusikan dengan keluarga Tn. M kemungkinan merokok dapat di cegah cukup, karena dari segi sumber daya keluarga Tn. M sangat baik dan Tn. M mempunyai iJAMKESMAS. Tn M mengatakan ada niat untuk berhenti merokok
4	Menonjolnya masalah d. Masalah harus segera ditangani e. Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani f. Masalah tidak dirasakan	$2/2 \times 1 = 1$	1	Menurut keluarga Tn M masalah merokok harus segera ditangani
JUMLAH			4 2/3	

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
	Tujuan	Intervensi		
<p>Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga ditandai dengan</p> <p>DS:</p> <p>DO:</p> <p>Ny. J mengatakan tidak pernah melakukan olahraga.</p> <p>Ny.J mengatakan tida pernah mengikuti senam hipertensi.</p> <p>Ny j dan Tn M tidak pernah melakukan senam Hipertensi</p> <p>TTV Ny.J</p> <p>TD : 150/100 mmHg</p> <p>Nadi : 70x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Suhu : 38,0 C</p> <p>TTV Tn M</p> <p>TD : 150/90 mmHg</p> <p>Nadi : 80 x/menit</p> <p>R : 24x/menit</p> <p>Suhu : 37,0 C</p>	<p>Seolah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan di harapkan manajemen kesehatan keluarga efektif dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kelurgamampu mengenal masalah</p> <p>Keluarga mampu menyebutkan pengetahuan hipertensi, tandan dan gejala serta komplikasi apabila hipertensi tidak di obati</p> <p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>-Keluarga mampu melakukan senam hipertensi minimal 3 kali sehari</p> <p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>.Kontrak waktu dengan keluarga Ny.J</p> <p>1. Keluarga mampu mengenal masalah</p> <p>-Kaji pengetahuan keluarga Ny.J tentang hipertensi</p> <p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>-Ajaran keluarga untuk melakukan senam hipertensi</p> <p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit</p> <p>-Diskusikan keluarga untuk menyiapkan makanan sesuai diet hipertensi</p> <p>4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif</p> <p>-Diskusikan dengan keluarga untuk menghindari stresor seperti mar – marah dan beban pikiran</p> <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan</p>	<p>Kamis, 26 April 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>1. Kontrak waktu dengan keluarga Ny.J</p> <p>2. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>-Keluarga melakukan senam hipertensi</p> <p>TTD</p> <p>U</p>	<p>Jumat, 27 April 2018 Jam 11.00 WIB</p> <p>S :- Klien mengatakan mengerti dan paham gerakan senam hipertensi.</p> <p>-Klien mengatakan akan rutin melakukan senam hipertensi di rumah 3x sehari</p> <p>O : 1. Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>-Keluarga mampu melakukan senam hipertensi</p> <p>TTD</p> <p>U</p>

	<p>-Keluarga mampu menyiapkan diet hipertensi</p> <p>-Keluarga mampu memotivasi Ny,J untuk rutin melakukan senam hipertensi</p> <p>4.Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif</p> <p>-Keluarga mampu meminimalkan stresor dengan cara berkomunikasi dengan baik</p> <p>5.Keluarga mampu memanfaatkan lingkungan yang kondusif</p> <p>Keluarga mampu mau melakukan senam hipertensi rutin di Pukesmas</p> <p style="text-align: right;">TTD</p>	<p>-Anjurkan kepada keluarga untuk melakukan senam rutin di Pukesmas</p> <p style="text-align: center;">TTD</p>		
--	--	---	--	--

## CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal/ jam	Implementasi	Evaluasi
Jumat, 27 April 2018 Jam 11.00 WIB	Jam 11.15 WIB Mengobservasi kondisi klien TTD 	Sabtu, 28 April 2018 Jam 11.35 WIB S : - Keluarga Tn.M mengatakan paham tentang pengertian hipertensi - Keluarga Tn.M mengatakan mampu melakukan senam hipertensi minimal 3kali sehari - Keluarga Tn.M mampu menyediakan makanan sesuai diit untuk penderita hipertensi O : -Ny.J tampak sedang melakukan senam hipertensi  Tanda-Tanda Vital Ny.J: TD : 140/80 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 37,5C RR : 20 x/menit A : Masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi. P: -Hentikan Intervensi  TTd 



	<p>lingkungan yang kondusif          Keluarga mendukung          Tn. M untuk berhenti merokok          -keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan          Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan terkait bahaya merokok</p>	<p>Motivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan terkait bahaya merokok</p>		
--	---	--	--	--

## CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal/ jam	Implementasi	Evaluasi
Jumat , 27 April 2018 Jam 11.30 WIB	<p>Jam 11.30 WIB Melakukan pendidikan kesehatan tentang bahaya merokok dan cara berhenti merokok</p> <p>Jam 12.15 WIB Memberi edukasi terkait mengambil keputusan untuk berhenti merokok</p> <p>Jam 12.20 WIB Memotifasi keluarga untuk berolah raga</p> <p>Jam 12.30 WIB Memotifasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan terkait bahaya merokok</p>	<p>S : Tn M mengatakan sudah paham tentang bahaya merokok dan cara berhenti merokok Tn M mengatakan akan mencoba berhenti merokok Keluarga Tn M mengatakan mau untuk berolah raga</p> <p>O : Tn M dapat menjelaskan kembali tentang bahaya merokok dan cara mberhenti merokok Tn M mau memanfaatkan pelayanan kesehatan terkait bahaya merokok TD:130/80 mmHg N : 80 x/menit R : 24 x/menit A: Masalah perilaku kesehatan cenderung beresiko teratasi P : hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">TTD (<u>          </u>)</p> <p style="text-align: right;">TTD (<u>          </u>)</p>



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Karen Meilani  
NIM : 2319018  
Nama Pembimbing I : Rahmita Nuril Amalia  
Judul KTI : Studi dokumentasi ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan  
dengan Hipertensi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	Senin, 17 Feb 2020	Konrol isi materi Bab 1, 2, 3	Diskusi	Perbaiki		
2.	Kamis, 20 Feb 2020	Konrol Bab 1, 2, 3	Diskusi	Perbaiki		
3.	Jumat, 21 Feb 2020	Revisi Bab 1, 2, 3	Diskusi	Perbaiki		
4.	Senin, 24 Feb 2020	Revisi Bab 1, 2, 3				
5.	Selasa, 25 Feb 2020	Persetujuan	Diskusi	ACC		
6.	18 April 2020	Penulisan latar di latar belakang	Tanya jawab	lokasi referensi jurnal		
7.	25 Juni 2020	Koreksi KTI Pre USID	Diskusi	Kata pengantar, pembahasan diperbaiki		

Yogyakarta, .....  
Pembimbing I

(.....)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Karen Melani  
NIM : 2217018  
Nama Pembimbing I : Rahmita Nuri Amalia  
Judul KTI :  
Studi Dokumentasi Keidonefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan  
Hipertensi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
8.	26 Juni 2020	Penulisan Manfaat	Tanya jawab	Manfaat mengikuti b. juknis		
9.	29 Juni 2020	Koreksi KTI Pre USID	Diskusi	ACC		
10.	8 Juli	Penulisan Judul	Tanya jawab	Judul sesuai juknis		
11.	11 Juli	Koreksi KTI Post USID	Diskusi	Abstrak, manfaat diperbaiki		
12.	13 Juli	Koreksi KTI Post USID	Diskusi	Hasil, pembahasan diperbaiki		
13.	14 Juli	Koreksi KTI & Naspus Post USID	Diskusi	ACC		

Yogyakarta, .....  
Pembimbing I

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



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Karen Melani  
NIM : 2213018  
Nama Pembimbing 2 : Eddy Mureyo  
Judul KTI :  
Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan  
Kipertensi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	6 Feb 2020	Konsul judul	Diskusi	Pertimbangan judul yang sesuai		
2.	Senin 17 Feb 20	Pengajuan judul	Diskusi	ACC		
3.	Jum'at 21 Feb 20	Konsul Bab I, II, III	Diskusi	Perbaiki Bab I, II, III		
4.	Senin, 29 Feb 2020	Perseetujuan	Diskusi	ACC		
5.	13 Juni	Koreksi KTI Pre USID	Diskusi	Pembahasan diperbaiki		
6.	19 Juni	Koreksi KTI revisi	Diskusi	ACC		
7.	13 Juli	Koreksi KTI Post USID	Diskusi	Pembahasan diperbaiki		
8.	14 Juli	Koreksi KTI transpub	Diskusi	ACC		

Yogyakarta, .....

Pembimbing 2

(.....)