

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI



Oleh:

ADITYA WISNU ARINDRA NUR ANDIKA

NIM:2317040

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 Progran Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

ADITYA WISNU ARINDRA NUR ANDIKA
NIM:2317040

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aditya Wisnu Arindra Nur Andika

Nim : 2317040

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi :Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

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

Yogyakarta 2020



Aditya Wisnu Arindra Nur Andika
NIM : 2317040

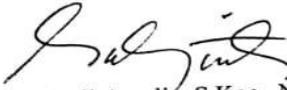
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI

OLEH :
ADITYA WISNU ARINDRA NUR ANDIKA
NIM:2317040

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal

2 Juli 2020

Pembimbing I


Rahmita Nuril Amalia, S.Kep., Ns., M.kep
NIK : 1141 10 155

Pembimbing II


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

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI

OLEH :
ADITYA WISNU ARINDRA NUR ANDIKA
NIM:2317040

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta pada tanggal

2 Juli 2020

Dewan Penguji

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

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

Drs Kirnantoro, SKM.M.Kes

Tanda Tangan



Mengesahkan
Direktur Akper "YKY"
Yogyakarta



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

MOTTO

Allah bersama orang yang mau berusaha.

Awali dengan Basmallah dan selalu Istigfar selama proses dan akhiri Hamdalah.

Perkataan adalah Doa maka “Saya Harus Bisa” itu pasti

Kuliahku adalah Amanah kedua Orang Tuaku

Hilangkan ragu Kuatkan Niat

Ibuku Semangatku

ilysm

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah SWT, saya persembahkan karya ini untuk :

1. Ibu Supriyanti dan Bapak Ismanto, Terimakasih atas dukungan moril, materiil, waktu, kasih sayang, kepercayaan dan pengorbanan yang telah diberikan sampai sekarang.
2. Kakak saya Anggit Eko Bagus Riandika yang selalu memberi motivasi agar segera menyelesaikan karya ini.
3. Nenek saya yang selalu memberi restu dan doa tulusnya.
4. Pembimbing KTI saya ibu Rahmita Nuril A, S.Kep. Ns. M.Kep dan Bapak Eddy Murtoyo, S.Kep.Ns.M,Kep yang dengan penuh kesabaran dan kegigihan mengajari dan menyusun tulisan ini hingga menjadi sebuah karya tulis ilmiah yang baik.
5. Sahabatku yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih atas dukungan,doa dan motivasi kalian.
6. Teman sekelompok Fajar isnanto dan Karen Meilani terimakasih telah menjadi patner yang baik.
7. Keluarga besar kelas B yang telah menemani selama 3 tahun dengan berbagai hal yang menakjubkan
8. Teman-teman angkatan 23 yang berjuang bersama selama 3 tahun, semoga ilmu kita dapat bermanfaat
9. Barisan para mantan yang selalu memberi dukungan.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat serta Karunia-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi”.

Karya tulis ini disusun dan diajukan guna memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan program D III Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat tersusun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai 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 Amalia, S.Kep., Ns.,M.kep selaku dosen pembimbing I dan penguji Ujian Akhir program yang dengan sabar telah banyak mencurahkan tenaga, pikiran dan kesabaran untuk memberikan bimbingan, pengarahan, saran-saran dalam penyusunan Karya Tulisan Ilmiah ini.
3. Eddy Murtoyo,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing dosen 2 dan penguji Ujian Akhir Program yang telah sabar banyak mencurahkan tenaga, pikiran, dan kesabaran untuk memberikan bimbingan, pengarahan, saran-saran dalam penyusunan Karya Tulisan Ilmiah ini.
4. Drs Kirnantoro, SKM.M.Kes selaku penguji Ujian Akhir Program yang telah membantu pembuatan study kasus ini.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah membimbing saya menuju profesional.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya dan dalam pelaksanaannya banyak mengalami hambatan-hambatan karena keterbatasan waktu, kemampuan dan pengetahuan. Untuk itu bila ada masukan dari pembaca dalam bentuk saran atau kritik dan bersifat membangun sehingga dapat membuat Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih sempurna lagi.

Penulis berharap agar karya ini bisa menjadi bahan referensi dan dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya.

Yogyakarta, 6 mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Keaslian Tulisan	Error! Bookmark not defined.
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan	v
Halaman Motto.....	iii
Halaman Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Abstrak.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori.....	6
1. Hipertensi	6
2. Konsep Keluarga	17
3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga.....	34
B. Kerangka Teori.....	39
BAB III METODEDE STUDI KASUS	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	40
B. Subyek Penelitian.....	40
C. Lokasi Dan Waktu Penelitian	40
D. Definisi Operasional	40
E. Instrumen Studi Kasus	41
F. Teknik Pengumpulan Data.....	41
G. Analisa Data.....	41
H. Etika Studi Kasus	42
I. Kerangka Alur Penelitian.....	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	43
B. Pembahasan.....	47
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	56
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	7
Tabel 2.2 Skala Prioritas Masalah.....	32
Tabel 2.3 NOC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.....	35
Tabel 2.4 NIC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.....	37
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	40
Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan.....	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	39
Gambar 3.1 kerangka Alur Penelitian.....	42

DAFTAR BAGAN

Bagan 4.1 Genogram Keluarga 43

DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal kegiatan
Studi kasus Asuhan Keperawatan
Bukti Bimbingan Pembimbing 1
Bukti Bimbingan Pembimbing 2

Aditya W. A. N. A (2020). Studi dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi.

Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Eddy Murtoyo

Abstrak

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah diatas normal yaitu 140/90 mmhg. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga adalah Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan memenuhi tujuan kesehatan tertentu (NANDA, 2017). Tujuan dari studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran dan karakteristik keluarga dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada keluarga dengan hipertensi serta peran keluarga mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Metode studi dokumentasi ini adalah rancangan deskriptif menggunakan literatur dari karya tulis ilmiah 2017 diwilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman. Hasil dari studi dokumentasi menunjukkan kesesuaian batasan karakteristik masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, penulis mengetahui gambaran masalah dan karakteristik, peran keluarga dalam penanganan anggota keluarga dengan hipertensi. Kesimpulannya adalah dalam studi kasus sudah baik namun ada beberapa yang kurang tepat dalam penentuan tindakan sehingga berpengaruh dalam evaluasi akhir. Saran untuk institusi supaya tulisan ini menjadi bahan tambahan referensi dalam praktis.

Kata kunci : hipertensi, keluarga, studi dokumentasi.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas 140/90 mmHg hal tersebut bisa diartikan hipertensi apabila hasil tersebut didapat minimal dua kali pengecekan.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (p2ptm.kemkes.go.id, 2019).

Berdasarkan data dari riskesdas tahun 2018, bahwa jumlah penderita hipertensi di Indonesia mencapai (34,1%) atau sekitar 658.201 penderita di seluruh Indonesia dari 260 juta penduduk dibanding dengan 27,8 % pada riskesdas (2013). Dimana provinsi yang memiliki penderita hipertensi terbanyak pada tahun 2018 yaitu adalah Kalimantan Selatan (44,1 %) dan paling rendah adalah papua (22,2%) (Riskesdas, 2018).

Angka kejadian hipertensi tertinggi di DIY berada di Kabupaten Sleman dengan prevelensi 68.672 kasus berdasarkan pengukuran tekanan darah penduduk ≥ 18 tahun. (Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2017).

Komplikasi hipertensi yang utama adalah penyakit kardiovaskular, yang dapat berupa penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke, penyakit ginjal kronik, kerusakan retina mata, maupun penyakit vaskular perifer bahkan hipertensi dapat menyebabkan kematian tanpa menimbulkan gejala pasti (Lisiswanti & Yulanda, 2017).

Tujuan dari pengobatan hipertensi adalah menurunkan mortalitas dan morbiditas melalui pendekatan terapi nonfarmakologi meliputi pengurangan berat badan untuk individu yang obesitas, diet rendah natrium, aktivitas fisik dan mengonsumsi alkohol sedikit saja. Terapi farmakologi dengan menggunakan obat-obatan antihipertensi yang dapat dimulai dengan satu obat atau kombinasi obat hingga mencapai target penurunan tekanan darah (Yulanda & Lisiswanti, 2017).

Berbagai upaya kesehatan sudah banyak dilakukan Puskesmas Gamping I untuk menekan angka kejadian hipertensi dimasyarakat antara lain poli umum, ruang tindakan, poli lansia, poli gigi, layanan konsultasi gizi, poli KIA, pelayanan KB, pelayanan laboratorium, pelayanan farmasi/obat, fisioterapi, psikologi, sanitasi, dan Prolanis (pengelolaan penyakit kronis). Kegiatan Prolanis di Puskesmas Gamping 1 meliputi pengobatan dan cek gula darah yang dilakukan tiap bulan pada minggu pertama di hari Rabu (alfiana, 2019). Selain itu Puskesmas juga berperan untuk melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya lainnya dengan mengenalkan 5 tugas keluarga yakni mengenal masalah hipertensi, memutuskan masalah hipertensi, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Perawat juga berperan penting dalam penekanan angka hipertensi dengan memfasilitasi klien karena perawat memiliki peran Pelaksana / Pemberi Asuhan Keperawatan, Advokat, Pendidik, Koordinator, Kolaborator, Pembaharu, Pengelola (Hidayat, 2012).

Dalam pelaksanaan program pengendalian tekanan darah pada penderita hipertensi, proses keluarga merupakan suatu yang berarti. Keberhasilan proses keluarga merupakan faktor penting dalam kepatuhan program penanganan yang dijalankan. Penderita hipertensi yang mengalami keberhasilan dalam proses keluarga cenderung lebih mudah mengikuti anjuran medis dari pada penderita yang proses keluarganya kurang berjalan (Friedman, 2010)

Dari uraian diatas tentang hipertensi membuat penulis tertarik pada keluarga dengan hipertensi karena angka hipertensi di Daerah Istimewa Yogyakarta masih sangat tinggi, sehingga penulis membuat judul "Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga dengan hipertensi"

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan hipertensi?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan pada keluarga dengan hipertensi.

2. Tujuan Khusus :

Diketahui gambaran tentang:

- a. hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- b. hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- c. hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- d. hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- e. hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Keluarga. Materi yang dibahas adalah Gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019

E. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat:

1. Teoritis

a. Manfaat bagi AKPER YKY Yogyakarta

Menjadikan tulisan ini sebagai bahan referensi tambahan praktis.

b. Manfaat bagi penulis

Menjadikan pembelajaran dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilan.

2. Manfaat aplikatif

Menjadi referensi bagi puskesmas untuk asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga dengan hipertensi.

3. Manfaat metodologis

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi acuan dasar bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan analisis mengenai hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Hipertensi

a. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung dari hasil dua kali pengukuran (Triyanto,2014).

Menurut Ardiansyah (2012), Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Hipertensi juga sering diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko penyakit kardiovaskuler aterosklerosis, gagal jantung, stroke dan gagal ginjal ditandai dengan tekanan darah meningkat melebihi 140/90 mmHg berdasarkan dengan dua kali pengukuran (Smelzer&Bare 2012).

b. Klasifikasi

tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

No	Kategori	Sistolik	Diastolik
1	Normal	Dibawah 130 mmHg	Dibawah 85 mmHg
2	Normal tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
3	Stadium 1 (Hipertensi Ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
4	Stadium 2 (Hipertensi Sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
5	Stadium 3 (Stadium Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
6	Stadium 4 (Stadium Maligna)	210 mmHg atau lebih	120 mmHg atau lebih

(sumber : Endang (2014))

c. Faktor Risiko

Menurut KemenKesRI(2018), faktor-faktor yang dapat menyebabkan Hipertensi antara lain :

1) Faktor risiko yang melekat pada penderita Hipertensi dan tidak dapat diubah, antara lain :

- a) Umur
- b) Jenis Kelamin
- c) Genetik

2) Faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita Hipertensi antara lain :

- a) Merokok
- b) Diet rendah serat
- c) Dislipidemia(kadar lemak darah meningkat)
- d) Konsumsi garam berlebih
- e) Kurang aktivitas fisik
- f) stress
- g) Berat badan berlebih/obesitas
- h) Konsumsi alkohol

d. Etiologi

Menurut Triyanto (2014) etiologi hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Hipertensi Esensial atau Primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, gagal ginjal dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah factor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

Diagnosa hipertensi dibuat setelah minimal 2 kali pengukuran tekanan darah tetap menunjukkan peningkatan. Pengulangan pengukuran tekanan darah dilakukan setelah 2 menit. Dikenal dengan istilah fenomena "*white coat*", yaitu suatu keadaan peningkatan tekanan darah yang terbaca saat diukur oleh tenaga kesehatan. Fenomena hipertensi "*white coat*" dapat disingkirkan dengan melakukan pengukuran pada 2 seting tempat yang berbeda, yaitu pengukuran oleh tenaga kesehatan dan pengukuran di rumah atau komunitas. Pengukuran tekanan darah dilakukan secara cermat

dan hati-hati, untuk menentukan keakuratan diagnosa, Monitoring tekanan darah selama aktifitas atau pergerakan juga dapat membantu menegakan diagnosa.

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperardosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

Menurut Padila (2013), ada beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadi hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut:

a) Faktor keturunan

Data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapat hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

b) Ciri perseorangan

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

c) Kebiasaan Hidup

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

e. Manifestasi Klinis

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

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

Pada kasus hipertensi berat, gejala yang dialami pasien antara lain sakit kepala (rasa berat di tengkuk), palpitasi, kelelahan, muntah-muntah, kegugupan, keringat berlebih, tremor otot, nyeri dada,

epistaksis, pandangan kabur atau ganda, tinnitus (telinga mendeging), serta kesulitan tidur

f. Patofisiologi

Menurut Triyanto (2014), meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya, arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah ke arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan system

saraf otonom (bagian dari system saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal.

Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut rennin, yang memicu pembentukan hormone angiotensi, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormone aldosteron. Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bias menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bias menyebabkan naiknya tekanan darah.

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari system saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar); dan juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang

memerlukan pasokan darah yang lebih banyak); mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh; melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin.

g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Padila (2013), pemeriksaan penunjang pada hipertensi sebagai berikut :

- 1) Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
- 2) Pemeriksaan retina untuk mengetahui kelainan pada retina berupa retinopati hipertensi ditandai dengan arteri yang besarnya tidak teratur, eksudat pada retina, udem retina, dan perdarahan retina
- 3) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
- 4) EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- 5) Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa
- 6) Pemeriksaan renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
- 7) Foto dada dan CT scan

h. Komplikasi

Menurut Ardiansyah (2012) komplikasi dari hipertensi adalah sebagai berikut:

1) Stroke

Stroke dapat timbul akibat pendarahan karena tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri-arteri yang memperdarahinya menjadi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2) Infark Miokardium

Dapat juga terjadi infark miokardium apabila arteri koroner yang mengalami cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadi hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik saat melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung dan peningkatan risiko pembentukan bekuan darah.

3) Gagal Ginjal

Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, neuron akan terganggu, dan dapat berlanjut menjadi kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urien, sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang. Hal ini menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4) Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang intertisiun di seluruh susunan saraf pusat. Akibatnya, neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian.

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Ardiansyah (2012). Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut :

1) Terapi Farmakologi

- a) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5 -25 mg per hari dengan dosis tunggal pada pagi hari (pada hipertensi dalam kehamilan,

hanya digunakan bila disertai hemokonsentrasi edema paru.

Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal.

- b) Propranolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
- c) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan untuk penderita asma)
- d) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

2) Terapi Non Farmakologi

Langkah awal biasanya adalah dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan cara :

- a) Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
- b) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi.
- c) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium, dan kalsium yang cukup).
- d) Mengurangi mengkonsumsi alkohol.
- e) Berhenti merokok

- f) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat, penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.
- g) Kurangi stress
- h) Perbanyak ibadah

2. Konsep Keluarga

a. Definisi

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. (UU No.52 thn 2009) dalam buku Nadirawati (2018)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling tergantung(Depkes RI 2000) dalam buku Nadirawati (2018)

Keluarga adalah sebuah kelompok sosial yang unik yang mempunyai kebersamaan, seperti pertalian darah/ikatan keluarga, emosional, memberikan perhatian asuhan, tujuan, orientasi kepentingan, dan memberikan asuhan berkembang (Bentler, et al.,1989) dalam buku Nadirawati, 2018) Dari beberapa pengertian tentang keluarga maka dapat disimpulkan, bahwa karakteristik keluarga adalah:

- 1) Terdiri dari dua atau lebih individu yang disatukan oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi.
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika berpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain dan menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak, adik, dan sebagainya.
- 4) Keluarga mempunyai tujuan; menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota, serta menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

b. Fungsi Keluarga

Fungsi Keluarga Menurut Friedman (2003) dalam buku Nadirawati(2018)

- 1) Fungsi afektif dan koping: keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas, dan mempertahankan saat terjadi stres.
- 2) Fungsi sosialisasi: keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping: memberikan feedback; dan memberikan petunjuk dalam penyelesaian masalah.
- 3) Fungsi reproduksi: keluarga melahirkan anaknya

- 4) Fungsi ekonomi: keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.
- 5) Fungsi pemeliharaan kesehatan: keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan, dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

Fungsi Keluarga Menurut Allender dan Spardley (2001) dalam buku Nadirawati (2018) sebagai berikut :

- 1) *Affection*
 - a. Menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan
 - b. Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual
 - c. Menambah anggota baru
- 2) *Security and Acceptance*
 - a. Mempertahankan kebutuhan fisik
 - b. Menerima individu sebagai anggota
- 3) *Identity and Satisfaction*
 - a. Mempertahankan motivasi mengembangkan peran dan self-image
 - b. Mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas
- 4) *Affiliation and Companionship*
 - a. Mengembangkan pola komunikasi
 - b. Mempertahankan hubungan yang harmonis
- 5) *Socialization*
 - a. Mengenal kultur (nilai dan perilaku)

- b. Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal
 - c. Melepas anggota
- 6) *Controls*
- a. Mempertahankan kontrol sosial
 - b. Adanya pembagian kerja
 - c. Menempatkan dan menggunakan sumber daya yang ada
- c. Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan dan yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*Extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

Namun, dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme, pengelompokan tipe keluarga selain kedua di atas berkembang menjadi:

- 1) Keluarga bentukan kembali (*Dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang

sekali ditemui sehingga seorang yang telah cerai atau ditinggal pasangannya cenderung hidup sendiri untuk membesarkan anak-anaknya.

- 2) Orang tua tunggal (*Single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 3) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*The unmarried teenage mother*).
- 4) Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*). Kecenderungan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kelak jika telah menikah.
- 5) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*The non-marital heterosexual cohabiting family*). Biasanya dapat dijumpai pada daerah kumuh perkotaan (besar), tetapi pada akhirnya mereka dinikahkan oleh pemerintah daerah (kabupaten atau kota) meskipun usia pasangan tersebut telah tua demi status anak-anaknya.
- 6) Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*Gay and lesbian family*).

d. Tugas Keluarga Di Bidang Kesehatan

Ada 5 pokok tugas keluarga yang dijabarkan oleh Friedman (1998) dalam buku Dion Y, dkk(2013) yang sampai saat ini masih dipakai dalam asuhan keperawatan keluarga tersebut adalah:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana akan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga dan orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Membuat keputusan tindakan yang tepat.

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut ini adalah hal-hal yang perlu dikaji oleh perawat:

- a) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenal sifat dan luasnya masalah.
- b) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan.

- c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,
 - d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit.
 - e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
 - f) Apakah keluarga kurang percaya terhadap petugas kesehatan.
 - g) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberika perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal- hal sebagai berikut:

- a) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatanya).
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang di- butuhkan.
 - c) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan.
 - d) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial).
 - e) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- b) Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.

- c) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - d) Pentingnya higiene sanitasi.
 - e) Upaya pencegahan penyakit.
 - f) Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi.
 - g) Kekompakan antar-anggota keluarga.
- 5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan
- Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:
- h) Keberadaan fasilitas keluarga.
 - i) Keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan.
 - j) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
 - k) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
 - l) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

Perlu digaris bawahi bahwa 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan diatas, mesti selalu dijalankan. Tentu apabila salah satu atau beberapa diantara tugas tersebut tidak dijalankan justru akan menimbulkan masalah kesehatan dalam keluarga.

e. Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Friedman (2003) dalam buku Nadirawati(2018) menjelaskan tahap-tahap dalam perkembangan keluarga yaitu:

1) Tahap I: Pasangan Baru (*Begining Family*)

Tahap perkembangan keluarga dengan pasangan yang baru menikah berawal dari perkawinan sepasang anak Adam menandai bermulanya sebuah keluarga baru keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari keluarga asal atau status lajang ke hubungan baru yang intim. Dua orang yang membentuk keluarga perlu mempersiapkan kehidupan keluarga yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya, misalnya kebiasaan makan, tidur, bangun pagi, dan sebagainya sebagai berikut:

- a) Membina hubungan intim yang memuaskan
- b) membina gubungan dengan keluarga lain, teman, dan kelompok sosial
- c) mendiskusikan rencana memiliki anak

2) Tahap II: Keluarga Kelahiran Anak Pertama(*Child Bearing family*)

Tahap kedua dimulai dengan kelahiran anak pertama berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan. Kedatangan bayi dalam rumah tangga menciptakan perubahan-perubahan bagi anggota keluarga dan setiap kumpulan hubungan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting sebagai berikut:

- a) Persiapan orang tua
 - b) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga : peran, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan
 - c) Mempertahankan hubungan yang memuaskan pasangan
- 3) Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah(*families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini, keluarga tumbuh dengan baik dalam jumlah serta kompleksitas fungsi dan permasalahannya. Tugas perkembangan pada tahap ini sebagai berikut :

- a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman
- b) Membantu anak bersosialisasi
- c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
- d) Mempertahankan hubungan yang sehat baik di dalam maupun di luar keluarga(keluarga lain dan lingkungan sekitar)
- e) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak
- f) Pembagian tanggungjawab anggota keluarga
- g) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak

4) Tahap IV: Keluarga dengan Anak Sekolah(*families with children*)

Tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini, umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat sendiri. Demikian pula orang tua yang mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Menurut Erikson (1950), orang tua berjuang dengan tuntutan ganda, yaitu berupaya mencari kepuasan dalam mengasuh generasi berikutnya (tugas perkembangan generativitas) dan memperhatikan perkembangan mereka sendiri; sementara anak-anak usia sekolah bekerja untuk mengembangkan sense of industry, kapasitas untuk menikmati pekerjaan dan mencoba mengurangi atau menangkis perasaan rendah diri. Oleh karena itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan sebagai berikut:

- a) Membantu sosialisasi anak : tetangga, sekolah, dan lingkungan termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
- b) Mempertahankan keintiman dengan pasangan
- c) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

5) Tahap V: Keluarga dengan Anak Remaja (*families with teenagers*)

Periode remaja dianggap penting karena terjadi perubahan fisik dengan perkembangan mental yang cepat. Tak jarang, perkembangan pada remaja yang merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa menimbulkan dampak negatif pada mental anak remaja sehingga diperlukan penyesuaian mental dan pembentukan sikap, nilai, dan minat baru. Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir dengan 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab pada tahap-tahap sebelumnya. Pada tahap ini, keluarga yang memiliki tugas perkembangan yang dapat dilihat sebagai berikut :

- a) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab meningat remaja yang sudah bertambah dewasa dan meningkatkan otonominya
- b) Mempertankan hubungan intin dalam keluarga
- c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tu, menghindari perdebatan, permusuhan, dan kecurigaan
- d) perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga

6) Tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (Pelepasan) (*Launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat terakhir kali meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir kali meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan utama tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan melepaskan anak untuk hidup sendiri. Tugas perkembangan yang lebih rinci dapat dilihat sebagai berikut :

- a) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- b) Mempertahankan keintiman pasangan
- c) Membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua
- d) Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
- e) Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga

7) Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan (*Middle age families*)

Tahap ini dimulai pada saat seorang anak terakhir kali meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga perlu melakukan tugas-tugas perkembangan berikut :

- a) Memperoleh kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
- c) Meningkatkan keakraban pasangan

8) Tahap VIII: Keluarga Usia Lanjut

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stresor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan, serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Dengan memenuhi tugas- tugas perkembangan pada fase ini diharapkan orang tua mampu beradaptasi menghadapi stresor tersebut :

- a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan
- c) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat
- d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan masyarakat sosial
- e) Melakukan *life review*

f. Asuhan Keperawatan keluarga

Menurut Suprajitno (2012), Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Secara umum, tujuan asuhan keperawatan keluarga adalah ditingkatkannya kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri.

Konsep asuhan keperawatan keluarga meliputi :

1) Pengkajian

Pengkajian menurut Suprajitno (2012) adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. Agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga, perawat diharapkan menggunakan bahasa ibu yang mudah dimengerti. Adapun hal-hal yang perlu dikaji adalah :

- a) Data umum
- b) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- c) Data lingkungan
- d) Struktur keluarga
- e) Fungsi keluarga
- f) Stress dan coping keluarga

- g) Pemeriksaan kesehatan
- h) Harapan keluarga

2) Diagnosa

Menurut Suprajitno (2012) masalah kesehatan adalah situasi atau kondisi yang berhubungan dengan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga atau anggota keluarga. Sedangkan diagnosa keperawatan adalah keputusan tentang respon keluarga terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial. Adapun tahapan dalam mendiagnosa keperawatan keluarga antara lain :

- a) Analisis data
- b) Perumusan masalah
- c) Jenis diagnosa keperawatan (aktual/resiko)

Tabel 2.2 Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skore	Bobot
1	Sifat masalah :		
	a. Aktual	3	
	b. Resiko	2	1
	c. Tinggi	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah :		
	a. Tinggi		
	b. Sedang	2	
	c. Rendah	1	2
		0	
3	Potensial untuk dicegah :		
	a. Mudah		
	b. Cukup	3	
	c. Tidak dapat	2	1
		1	
4	Menonjolnya masalah :		
	a. Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani	2	1
	b. Masalah dirasakan		
	c. Masalah tidak dirasakan	1	
		0	
	Total skore		

Sumber : Suprajitno (2012)

Keterangan :

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan makna tertinggi kalikanlah dengan bobot :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- c) Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria
- d) Skor tertinggi adalah 5 = seluruh

3) Intervensi

Perencanaan tindakan keperawatan merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan dimulai dari penentuan tujuan (umum/khusus), penetapan standart dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga. Rencana tindakan ini diarahkan untuk membantu keluarga mengubah pengetahuan menjadi lebih baik, mengubah sikap yang mendukung perilaku sehat, dan mengubah perilaku ke arah yang lebih baik.

4) Implementasi

Secara sederhana implementasi adalah melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan/direncanakan sebelumnya. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan seperti ini, perawat harus melibatkan keluarga.

5) Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Terdapat dua jenis evaluasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yaitu :

a) Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan.

b) Evaluasi Sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila tujuan tidak tercapai maka perlu ditinjau kembali.

3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga

Menurut NANDA (2015-2017), Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga meliputi :

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan 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. Perencanaan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

Menurut Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC)(2013) kriteria hasil dari Ketidakefektifan Manajemen kesehatan sebagai berikut :

Tabel 2.3 NOC ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

NOC	indikator
Normalisasi Keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengakui potensi kelemahan untuk mengubah rutinitas keluarga 2. Beradaptasi dengan rutinitas keluarga untuk mengakomodasi kebutuhan yang terkena dampak 3. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga 4. Melaporkan kehidupan keluarga telah kembali ke kondisi sebelum kritis 5. Mempertahankan rutinitas dan aktivitas yang tepat 6. Mempertahankan anggota keluarga seperti biasa 7. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak
Ketahanan Keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendukung anggota keluarga 2. Memelihara anggota keluarga 3. Melindungi anggota keluarga 4. Berkomunikasi dengan jelas antara anggota keluarga 5. Mendukung individualitas dan kemandirian antara anggota keluarga 6. Berbagai canda

NOC		Indikator
Pengetahuan penyakit kronis	manajemen	7. Mempertahankan rutinitas keluarga seperti biasa
		8. Menggunakan tim perawatan kesehatan terkait dengan informasi kesehatan
Dukungan keluarga selama perawatan		1. Manfaat manajemen penyakit
		2. Tanda dan gejala penyakit kronis
		3. Tanda dan gejala perkembangan penyakit
		4. Tanda dan gejala komplikasi
		5. Strategi mencegah komplikasi
		6. Penggunaan yang benar dari obat yang diresepkan
		7. Efek samping obat
		8. Prosedur yang terlibat dari regimen pengobatan
		9. Diet yang dianjurkan
		10. Strategi untuk berhenti merokok
Pengetahuan pengobatan	regimen	1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit
		2. Anggota keluarga menfekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit
		3. Anggota keluarga berikutnya bagaimana mereka bisa membantu
		4. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi 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. mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit.
		8. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan
		1. Manfaat perawatan
		2. Tanggung jawab perawatan diri untuk situasi darurat
		3. Efek yang diharapkan dari pengobatan
		4. Diet yang dianjurkan
		5. Regimen obat yang diresepkan
		6. Aktivitas fisik yang dianjurkan
		7. Olahraga yang dianjurkan
		8. Prosedur yang dianjurkan
		9. Manfaat manajemen penyakit

Sumber: Nusing Outcome Classification(NOC)(2013)

Tabel 2.4 NIC ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

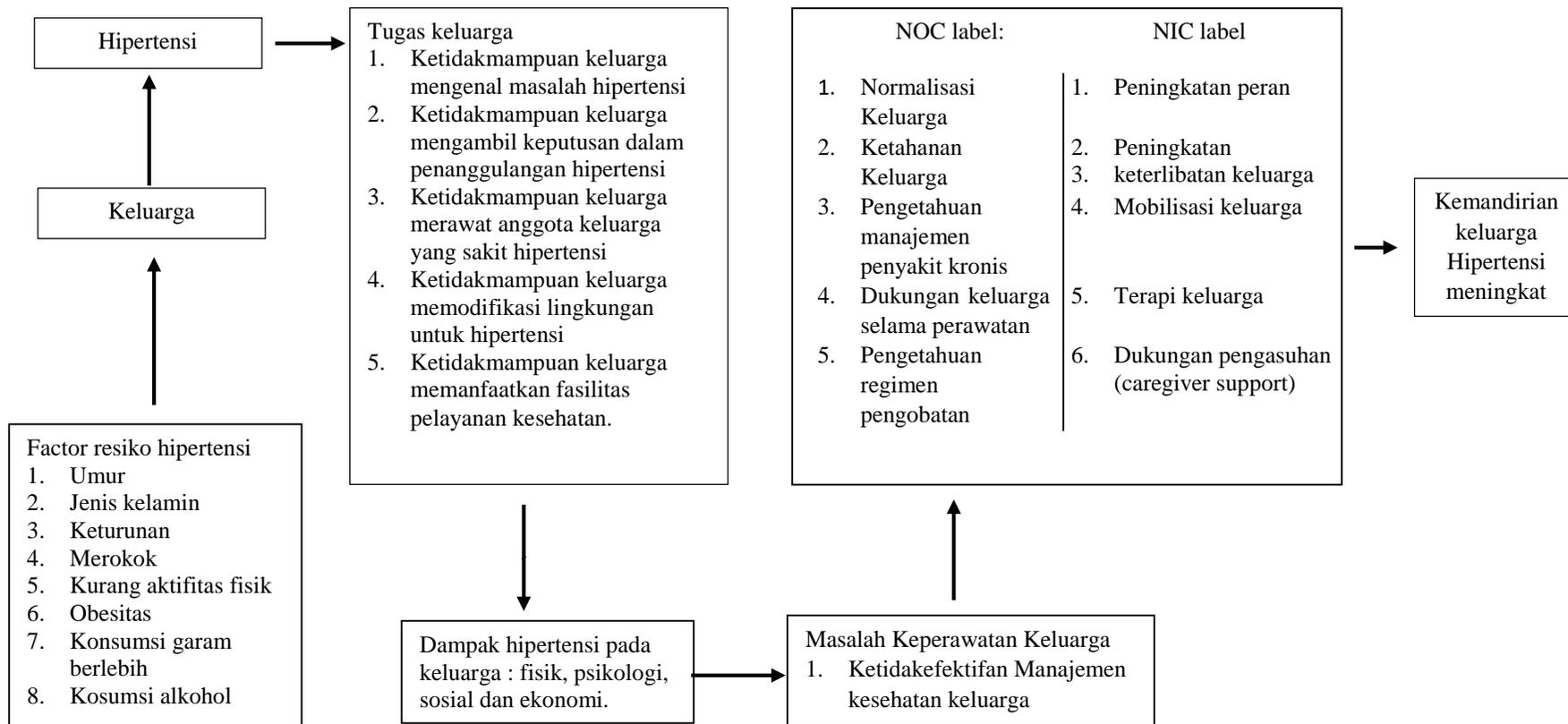
NIC (Nursing Interventions Classification)		Indikator
Peningkatan peran		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien mengidentifikasi peran yang biasanya dalam keluarga 2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi ketidakcukupan peran 3. Bantu pasien untuk mengidentifikasi perilaku-perilaku yang dipengaruhi untuk mengembangkan peran 4. Dukung pasien untuk mengidentifikasi gambaran realistis dari adanya perubahan peran 5. Fasilitasi diskusi mengenai bagaimana adaptasi peran keluarga untuk dapat mengkomensasi peran anggota keluarga yang sakit 6. Berikan perubahan model peran terhadap perilaku-perilaku baru
Peningkatan keterlibatan keluarga		<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun hubungan pribadi dengan anggota keluarga yang akan terlibat dalam keperawatan 2. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien 3. Ciptakan budaya fleksibilitas untuk keluarga 4. Identifikasi defisit perawatan dari pasien 5. Monitor atruktur dan peran keluarga 6. Dorong anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga yang sesuai 7. Diskusikan pilihan jenis perawatan dirumah seperti tinggal berkelompok, perawatan dirumah atau <i>respitecare</i> yang sesuai
Mobilisasi keluarga		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga 2. Bangun hubungan saling percaya 3. identifikasi kekuatan dan sumber daya keluarha, dalam sistem 4. Bantu pengembangan pengambilan keputusan aktual dengan anggota keluarga terkait rencana perawatan pasien 5. Ajarkan pemberi perawatan dirumah
Terapi keluarga		<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan riwayat keluarga untuk mendukung diskusi keluarga 2. Tentukan pola komunikasi dalam keluarga

Sumber: Nusing Intervention Classification(NIC)(2013)

NIC	Indikator
Dukungan pengasuhan (caregiver support)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi bagaimana keluarga menyelesaikan masalah 4. Tentukan bagaimana keluarga membuat keputusan 5. Identifikasi kekuatan atau sumber keluarga 6. Identifikasi peran yang biasa dalam sistem keluarga 7. Tentukan apakah penganiayaan terjadi dalam keluarga 8. Identifikasi ketidakpuasan atau Indikator <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan caregiver. 2. Mengkaji tingkat penerimaan caregiver terkait perannya untuk menyediakan perawatan 3. Menerima ekspresi negatif dari caregiver 4. Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan caregiver 5. Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien 6. Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien 7. Mengajarkan mengenai pemberian terapi bagi pasien sesuai keinginan pasien 8. Monitor indikator adanya stress
Pengajaran: proses penyakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien terakit proses penyakit yang spesifik. 2. Review pengetahuan pasien mengenai kondisinya. 3. Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, sesuai dengan kebutuhan 4. Identifikasi kemungkinan penyebab, sesuai kebutuhan 5. Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien 6. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan mengontrol proses penyakit. 7. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan. 8. Edukasi pasien mengenai tindakan mengontrol/meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan. 9. Edukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus segera dilaporkan kepada petugas kesehatan, sesuai kebutuhan.

Sumber: Nusing Intervention Classification(NIC)(2013)

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan 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 hipertensi.

B. Subyek Penelitian

Subyek Dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

C. Lokasi Dan Waktu Penelitian

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 KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Hipertensi	Tekanan darah diatas 140/90 mmHg dengan lebih dari dua kalipengukuran
2	Keluarga	Unit terkecil dimasyarakat yang terdiri dari beberapa orang disuatu tempat dibawah satu atap dan saling tergantung satu sama lain
3	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga	Ketidakmampuan keluarga dalam pemenuhan tujuan kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi

Tabel 3.1 Definisi Operasional

E. Instrumen Studi Kasus

Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai human instrument berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Tekhnik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun antara tahun 2010 sampai dengan tahun 2019.

G. Analisa Data

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

H. Etika Studi Kasus

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

Pernyataan persetujuan terhadap rencana tindakan medis yang akan dilakukan.

2. *Autonomy* (mampu membuat keputusan sendiri)

Autonomi berarti kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri, berarti menghargai manusia sehingga harapannya perawat memperlakukan mereka sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat serta mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.

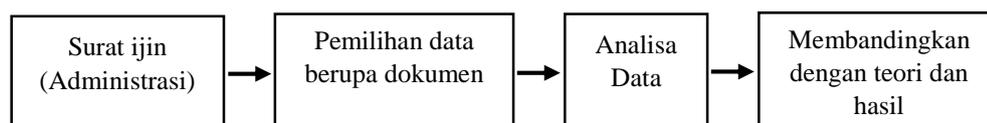
3. *Veracity* (kejujuran)

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)

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

I. Kerangka Alur Penelitian

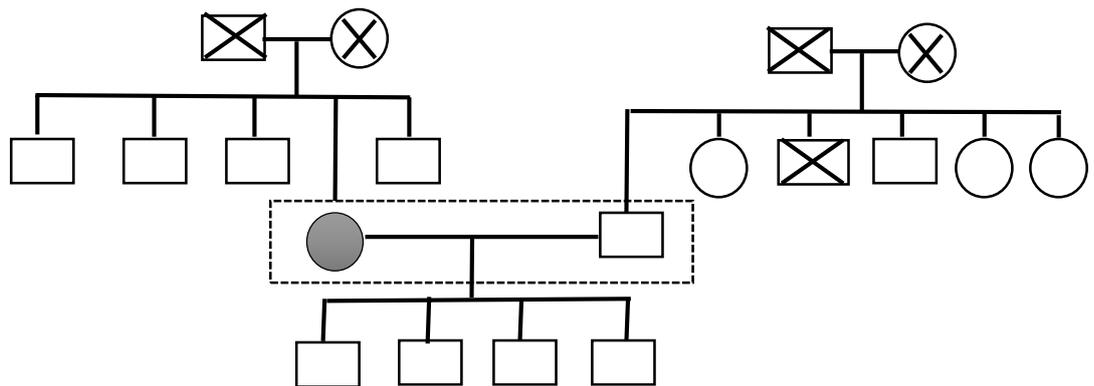


Gambar 3.1 kerangka alur penelitian

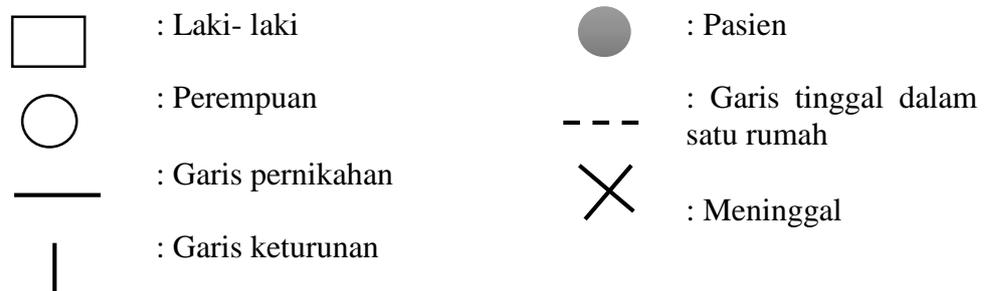
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Asuhan keperawatan yang tertulis dalam karya tulis ilmiah (setyawati, 2017) dilakukan pada keluarga Tn.W yang hidup bersama istrinya Ny.W dalam satu rumah di dusun Mancasan RT 05 RW 34 Ambarketawang, Gamping, Sleman. Tipe keluarga Tn.W adalah keluarga inti/*nuclear family* serta keluarga telah mencapai tahap VIII perkembangan keluarga usia lanjut dengan usia sudah diatas 70 tahun.



Keterangan :



Bagan 4.1 Genogram

Data studi kasus pada pengkajian keluarga Tn.W memiliki riwayat sakit jantung dan hipertensi sejak 3 bulan yang lalu dan keluarga Tn.W mengatakan Ny.W mengalami pembengkakan pada kaki dan mengeluh sering pegal pegal. Saat kontrol pada senin, 3 juli 2017 tekanan darahnya 170/80 mmHg dan pada kamis, 6 juli 2017 saat dilakukan pengkajian tekanan darah Ny.W 130/80 mmHg dan Tn.W 140/80 mmHg. Keluarga Tn.W mengatakan belum tau sepenuhnya mengerti tentang penyakit hipertensi mulai dari pencegahan dan perawatannya. Namun keluarga sudah berupaya berobat jika sakit ke Puskesmas dan jika kontrol rutin di Rumah sakit UGM dengan menggunakan kartu jaminan kesehatan. Pada saat kontrol rutin keluarga Tn.W mengatakan disarankan oleh dokter untuk mengurangi makanan asin namun kebiasaan keluarga Tn.W yang masih memasak dengan menggoreng, menambahkan santan, dan tidak mengurangi kadar garam dalam masakannya serta masih memanaskan makanan sisa hari ini untuk hari berikutnya dan terkadang masih membeli makanan diluar tanpa ada makanan khusus untuk hipertensi.

Berdasarkan data diatas didapatkan diagnosa keperawatan :

- a. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan skor 5
- b. Kesiapan meningkatkan proses keluarga: Tahap perkembangan keluarga lanjut usia dengan skor $3 \frac{2}{3}$

Penulis studi kasus selanjutnya membuat rencana keperawatan dengan tujuan agar ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi efektif dengan kriteria hasil keluarga sudah mampu menyediakan diit bagi

anggota yang menderita hipertensi, keluarga sudah melakukan kontrol rutin pada Ny.W, obat yang diberikan dokter diminum secara rutin, aktivitas dan pola istirahat diperbanyak. Dengan harapan kriteria hasil tersebut dapat tercapai dengan beberapa *intervensi* seperti : berikan informasi mengenai manajemen hipertensi, demonstrasikan diit hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk mengolah/memasak makanan sendiri sesuai diit hipertensi dan pemisahan makanan untuk penderita hipertensi, Ajarkan senam hipertensi, evaluasi keluarga tentang rencana pengolahan menu makanan sesuai diit dan memisah makanan, evaluasi keluarga mengenai kesediaannya melakukan senam hipertensi, berikan *reinforcement*.

Penulis studi kasus kemudian melaksanakan/ mengimplementasikan apa yang sudah direncanakan dan dimulai pada Kamis, 06 Juli 2017 dengan melakukan pengkajian pada keluarga Tn.W dan diperoleh data pengkajian secara lengkap dengan tekanan darah Tn.W 140/80 mmHg dan Ny.W 130/80 mmHg. Implementasi hari ke dua yaitu pada Jum'at, 07 Juli 2017 yaitu mengajarkan senam hipertensi, mengevaluasi keluarga mengenai kesediaan melakukan senam lansia, memberikan *reinforcement* kepada keluarga dengan hasil keluarga mengatakan mau melakukan senam hipertensi secara rutin, dapat melakukan senam hipertensi setiap pagi. Dan implementasi hari ke tiga dilakukan pada Sabtu, 08 Juli 2017 yaitu memberikan informasi mengenai manajemen hipertensi, melakukan pendidikan kesehatan, dengan hasil keluarga mengerti tentang makanan, aktivitas, pola istirahat, stress hipertensi, keluarga mampu menyebutkan kembali tentang pengertian, tanda gejala,

penyebab, gejala, pencegahan, dan komplikasi hipertensi dengan bahasanya sendiri.

Evaluasi hasil yang dilakukan oleh pelaksana studi kasus ini dilakukan setelah 3x kunjungan dapat teratasi, dengan hasil keluarga mengatakan sudah mampu melakukan senam hipertensi, menyediakan diit hipertensi, melakukan pemeriksaan rutin, mampu memperbanyak waktu istirahat, mampu menjelaskan pengertian, tanda gejala, penyebab, gejala, pencegahan, dan komplikasi hipertensi dengan bahasanya sendiri.

A. Pembahasan

hasil studi dokumentasi dari data studi kasus berupa data asuhan keperawatan yang dilakukan pada 06-08 juli 2017 dikediaman keluarga Tn.W didapatkan data bahwa Tn.W dan Ny.W hanya tinggal berdua dalam satu rumah sesuai genogram di Dusun Mancasan, Ambarketawang, Gamping, Sleman maka keluarga ini merupakan keluarga inti sesuai dengan teori Allender dan Spardley (2001) dalam buku Nadirawati(2018) pada yang menyebutkan bahwa Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya. Namun dalam studi kasus masih kurang lengkap karena tidak menjelaskan tentang anaknya yang ada pada genogram yang tertera. Dan hal ini mempengaruhi kelengkapan dalam asuhan keperawatan sesuai dengan teori (Hidayat dalam Sari, 2012) dalam (Yeni, F 2014) Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila asuhan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa asuhan keperawatan telah dilakukan dengan benar.

Tn.W memiliki riwayat pendidikan SD dan Ny.W memiliki riwayat pendidikan SMP sehingga dapat berpengaruh dalam menyikapi penyakit hipertensi yang sedang diderita seperti pada kasus yang mengungkapkan bahwa keluarga Tn.W belum sepenuhnya mengerti tentang penyakit hipertensi mulai dari pencegahan dan perawatannya dan hanya mengurangi makanan asin saja sesuai dengan anjuran dokter saat kontrol rutin, namun pada prakteknya

keluarga belum mematuhi anjuran dengan masih memasak tanpa mengurangi kadar garam. Hal ini sesuai dengan teori Sriyono (2015) dalam jurnal keperawatan soedirman vol.12, No.1 Maret 2017, yang menyatakan bahwa tinggi rendahnya tingkat pendidikan seseorang menentukan pengetahuan, sikap dan perilakunya. Kurangnya pendidikan meningkatkan terjadinya hipertensi karena perilaku tidak sehat dari penderita seperti : diet rendah serat, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas, stress.

Keluarga Tn.W mengatakan makan 3 kali sehari dengan 1 porsi makanan nasi, sayur, lauk. Makanan yang disajikan tidak ada yang khusus semua dimasak dalam tempat dan wadah yang sama dan masih ditempatkan ditempat masak dengan maksud apabila masih ada sisa maka bisa dihangatkan kembali karena Ny.W lebih suka memasak sayur bersantan, tempe dan tahu goreng. Metode memasak masih di goreng dan masih menambahkan santan tanpa mengurangi kadar garam. Terkadang keluarga membeli makanan diluar. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarigan R, dkk (2016) tentang pengaruh pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga terhadap diet hipertensi yang menyatakan bahwa beberapa penderita hipertensi sebagian besar tidak terlalu memahami asupan makanan yang harus dikonsumsi. Hal ini diperkuat dengan faktor utama yang berperan dalam kejadian hipertensi seperti konsumsi garam berlebih merupakan faktor resiko terjadinya hipertensi dan sesuai dengan (Riskesdas, 2013) Dalam jurnal media kesehatan, vol 10 nomer 1, April 2017. yaitu makanan, kebiasaan mengkonsumsi makanan/minuman manis, asin, berlemak, diawetkan, berpenyedap adalah yang beresiko terhadap

penyakit degeneratif. Dari data studi kasus pengkajian sudah benar sesuai dengan kaidah pengisian format pengkajian dan data yang diperoleh lengkap sehingga dapat untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Setelah dilakukan analisis terhadap kasus dengan teori diatas didapatkan diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga karena sesuai SDKI (2018) dan NANDA (2017) dengan didukung batasan karakteristik dari diagnosa NANDA (2017) yaitu pertama, akselerasi gejala seorang anggota keluarga sesuai dengan kondisi pada kasus yang menyebutkan bahwa Ny.w mengalami pembengkakan pada kakinya sudah sejak 3 bulan lalu sejak didiagnosa hipertensi dan dari keluarga belum ada tindakan khusus selain kontrol rutin bulanan. Kedua, kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko sesuai dalam kasus yang menyebutkan keluarga belum mematuhi anjuran dokter untuk mengurangi konsumsi garam yang berlebihan. Ketiga, kesulitan dengan regimen yang ditetapkan sesuai pada kasus yang menuliskan bahwa di keluarga Tn.W sudah tidak mengikuti senam hipertensi lagi, tidak mengurangi mengonsumsi garam, pola aktivitas yang tidak terkontrol. Keempat, ketidakmampuan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan hal ini dibuktikan dengan pernyataan keluarga Tn.W pada kasus yang tidak membatasi aktivitas Ny.W yang sedang sakit dan masih beraktivitas layaknya lansia sehat. Kelima, kurang perhatian pada penyakit sesuai dengan pernyataan Keluarga Tn.W pada kasus yang mengatakan kurang mengerti tentang pencegahan dan perawatan anggota keluarga yang hipertensi dirumah. Dan skor sifat masalah: aktual (1),

kemungkinan masalah dapat diubah: mudah(2), potensi masalah dapat dicegah: tinggi(1), menonjolnya masalah: masalah berat harus segera ditangani(1), total skor 5. pembedaan dan pemrioritasan masalah keperawatan sudah sesuai. Namun pada kasus tidak dilakukan perhitungan skoring, sehingga perhitungan skor diatas dilakukan oleh penulis berdasarkan dari pembedaan yang ada pada kasus.

Dari analisa intervensi yang dibuat pada kasus bertujuan mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yang terjadi dikeluarga Tn.W sesuai NOC (2013) dengan label pertama, pengetahuan manajemen penyakit kronis. NOC label tersebut dibuat untuk mengatasi masalah kurangnya pengetahuan tentang pengertian hipertensi, tanda dan gejala, pilihan pengobatan, diet yang dianjurkan, hal tersebut didukung oleh SLKI (2019) tingkat pengetahuan yang berkriteria hasil: perilaku sesuai dengan anjuran, kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik, perilaku sesuai pengetahuan, persepsi yang keliru terhadap masalah. NOC label kedua, pengetahuan regimen pengobatan dengan tujuan agar keluarga Tn.W mempertahankan pemeriksaan kesehatan rutin, patuh kepada regimen pengobatan yang telah ditetapkan dengan meminum obat secara rutin, mendukung ketersediaan diet yang dianjurkan. Hal ini didukung oleh SLKI (2019) perilaku kesehatan dengan kriteria hasil kemampuan melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan, kemampuan peningkatan kesehatan, pencapaian pengendalian kesehatan, NOC label ketiga normalisasi keluarga yaitu menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota

keluarga yang terkena dampak seperti pada kasus yaitu menganjurkan untuk mengatur pola aktivitas dan istirahat agar lebih diperbanyak hal ini merupakan upaya yang dilakukan keluarga agar tidak terjadi komplikasi yang dapat memperparah keadaan keluarga hal ini didukung oleh SLKI (2019) manajemen kesehatan keluarga yang berkriteria hasil: kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami, aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat, tindakan untuk mengurangi faktor resiko. Dan penulis menemukan ketidakcocokan data pada kriteria hasil kasus tidak menyebutkan tentang tindakan preventif dengan mengajarkan senam hipertensi namun pada intervensi dilakukan tindakan tersebut.

Rencana tindakannya dengan NIC label yang pertama yaitu, pengajaran : proses penyakit tentang hipertensi seperti pengertian, tanda dan gejala, diit yang dianjurkan, pencegahan komplikasi, perubahan fisik yang dialami. Memberi pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan senam hipertensi dengan pemberian materi menggunakan media dapat mempermudah perawat maupun keluarga dalam pemahaman dan media dapat berupa leaflet dan poster dengan dipasang ditempat yang strategis. Pendidikan kesehatan dengan penyuluhan pada keluarga sangat efektif dilakukan karena dapat meningkatkan pengetahuan keluarga secara maksimal. Hal ini sesuai dengan kasus dimana intervensinya menyebutkan berikan informasi mengenai manajemen hipertensi, demonstrasikan diit hipertensi, diskusikan dengan keluarga Tn.W untuk rencana mengolah/memasak makanan sendiri sesuai diit hipertensi dan pemisahan makanan untuk Ny.W, ajarkan senam hipertensi. Hal

ini sesuai dengan teori Mardhiah, dkk (2013) dalam jurnal pemberdayaan: publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat vol.2, no 1, April 2018 tentang upaya peningkatan pengetahuan tentang hipertensi melalui metode penyuluhan yang menyebutkan bahwa pengetahuan bisa didapatkan melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi pada anggota keluarga dapat memberikan informasi yang dibutuhkan keluarga yang dapat meningkatkan pengetahuan keluarga sehingga keluarga dapat menentukan sikap yang lebih baik dalam perawatan hipertensi anggota keluarga. NIC yang kedua yaitu peningkatan peran yaitu dukung pasien untuk mengidentifikasi gambaran realistis dari adanya perubahan peran dengan cara sesuai pada kasus seperti berikan reinforcement pada keluarga Tn.W didukung oleh SIKI (2018) dukungan keluarga merencanakan perawatan dengan intervensi identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan, motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan hal ini bertujuan agar setiap ada perubahan peran masih merasa berharga dan dihargai dalam keluarga. Dari analisa kasus tidak ditemukan kesenjangan data antara teori dengan praktik kasus sudah sesuai dengan 5 tugas kesehatan keluarga. Namun ada tindakan yang mengajarkan dan mengevaluasi senam hipertensi tetapi pada kriteria hasil tidak ada harapan mengenai pelaksanaan tindakan tersebut sehingga tindakan tersebut tidak jelas untuk apa dilakukan dalam studi kasus tersebut.

Implementasi yang dilakukan pada kasus dilakukan tiga kali kunjungan dari tanggal 06-08 juli 2017 sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya. Implementasi pada hari pertama pada kamis, 06 juli 2017

yaitu pengkajian. Implementasi hari kedua pada jum'at, 07 juli 2017 mengajarkan senam hipertensi, mengevaluasi keluarga mengenai kesediaan melakukan senam lansia, memberikan reinforcement. Implementasi hari ketiga pada sabtu, 08 juli 2017 dengan memberikan informasi mengenai manajemen hipertensi, melakukan pendidikan kesehatan, mendemonstrasikan diet hipertensi, mengevaluasi keluarga Tn.W mengenai senam lansia sudah dilakukan secara rutin atau tidaknya dan obat yang diminum, Mengevaluasi keluarga Tn.W mengenai aktivitas dan pola istirahat.

Evaluasi hasil pada kasus sudah dilakukan dengan baik, namun masih ada beberapa yang kurang tepat dan didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan pada keluarga Tn.W dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori Meirisa (2013) dalam jurnal tujuan evaluasi dalam keperawatan sitanggung R (2019), Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Hasil evaluasi hasil akhir dari kasus keluarga Tn.W adalah pertama, Ny.W mengatakan hari ini memasak sayur santan dengan garam $\frac{1}{4}$ sendok hasil ini menjawab dari kriteria hasil pertama yaitu di keluarga Tn.W sudah tersedia diet khusus anggota yang menderita hipertensi namun ini belum sepenuhnya menjawab karena santan dapat memicu komplikasi dari hipertensi sesuai hasil penelitian dari pertanyaan kuesioner tentang pola diet bahwa sebagian besar

(69,20%) responden menjawab pertanyaan sering mengonsumsi yang banyak lemak (kolesterol) setiap minggu. Kolesterol darah yang tinggi dapat menyebabkan endapan kolesterol. Hal ini akan menyumbat pembuluh darah sehingga memperlambat kerja jantung dan memperparah hipertensi (Sartika, W & Herwati 2013). Kedua, keluarga Tn.W akan kontrol besok senin, 10 Juli 2017 hasil ini menjawab dari kriteria hasil Keluarga Tn.W sudah melakukan kontrol rutin pada Ny.W didukung dengan pernyataan pada kasus bahwa keluarga sudah melakukan kontrol rutin selama 3 bulan terakhir di rumah sakit UGM karena kaki Ny.W sudah mengalami pembengkakan. Ketiga, pada data objektif kasus menyebutkan obat yang diberikan dokter sudah diminum dan obat belum habis, hal ini menjawab dari kriteria hasil obat yang diberi dokter diminum secara rutin, namun masih kurang akurat karena hanya objektif tanpa dilakukan klarifikasi ulang apakah benar obat diminum secara rutin setiap hari atau karena adanya perawat penulis kasus maka mau meminum obat. Keempat, keluarga Tn.W mengatakan waktu untuk istirahat lebih banyak, hal ini menjawab kriteria hasil aktivitas dan pola istirahat diperbanyak. Dan pada evaluasi akhir pada hari kedua dan ketiga terdapat data keluarga Tn.W mengatakan tadi pagi melakukan senam hipertensi akan tetapi pada kriteria hasil tidak ada harapan tentang tindakan senam hipertensi sehingga ada ketidakcocokan data evaluasi akhir dengan kriteria hasil. Dari pernyataan kasus evaluasi akhir sudah tertulis SOAP dengan baik dan masalah sudah teratasi namun setelah dianalisa dan dibandingkan dengan teori masih terdapat kriteria hasil yang belum terpenuhi yaitu di keluarga Tn.W sudah tersedia diit khusus

anggota yang menderita hipertensi karena masih ada makanan dengan santan dan masih menggunakan garam sehingga kondisi ini dapat memperparah kondisi pembengkakan kaki Ny.W sehingga masalah keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga teratasi sebagian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus dalam Karya Tulis Ilmiah ini, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian keluarga dapat dilakukan dan memperoleh cukup data untuk mendukung peneggakan diagnosa, namun kurang efektif karena ini merupakan lingkup keperawatan keluarga jadi anggota keluarga seperti anaknya belum dikaji/belum dijelaskan didalam asuhan keperawatan.
2. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keluarga ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu dengan skor 5 dan sesuai dengan batasan karakteristik NANDA (2017)
3. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan pada keluarga dengan *NOC* dan *NIC label* sesuai dengan teori dan kasus.
4. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan pada keluarga dapat dilakukan dan sesuai dengan perencanaan *NIC*.
5. Diketuainya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi pada keluarga dengan masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dapat teratasi sesuai kriteria hasil dan pendokumentasian sudah sesuai dengan format dan ketentuan.

B. Saran

1. Bagi institusi

Diharapkan karya tulis ilmiah ini mampu menjadi tambahan referensi dalam praktis.

2. Bagi Puskesmas

Diharapkan menjadi tambahan referensi dalam penanganan keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja puskesmas.

1. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ini sebagai tambahan referensi selanjutnya dalam meneliti keluarga hipertensi dengan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiana, NS (2019) Hubungan tingkat aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada lansia dipuskesmas gamping I sleman, Yogyakarta. Naskah publikasi. Diakses pada 16 mei 2020 dari digilib2.unisayogya.ac.id/bitstream/handle/123456789/289/NASPUB%20SHIFA%20NURANI%20ALFIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ardiyansah (2012) Medikal Bedah. Yogyakarta:DivaPress
- Bulcheck, Gloria M et al. (2013). Nursing Intervention Classification (NIC). Singapore: Elsevier
- Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. (2017). Profil Kesehatan D.I. Yogyakarta Tahun 2017. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. Diakses 20 Februari 2020, dari <https://www.dinkes.jogjaprov.go.id>
- Dion,Y&Betan,Y (2013) Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep Dan Praktek. Yogyakarta:Nuha Medika
- Endang,T(2012) Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi. Yogyakarta:Graha Ilmu
- Firmansyah, RS.,Lukman, M.,Mambang Sari, CW.(2017) faktor-faktor yang berhubungan dengan dukungan keluarga dalam pencegahan primer hipertensi. JKP-Volume 5 Nomer 2 Agustus 2017. Diakses pada 07 mei 2020 dari <http://jkep.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkep/article/download/476/167>
- Friedman,M (2010) Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, dan Praktik. Jakarta:EGC
- Hidayat,A.A(2012) Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah.Jakarta:Salemba Medika
- IPKKI (2017) *Panduan Asuhan Keperawatan : Individu,Keluarga,Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA,ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat.*Jakarta: UI Press
- Kementian Kesehatan RI (2019) Know Your Number, Kendali Tekanan Darahmu Dengan Cerdik. Diakses 17 Februari 2020 dari

- Lisiswanti, R & Yulanda,G (2017) Penatalaksanaan hipertensi primer, majority. diakses pada 17 Februari 2020 dari :
- Moorhead, sue et al. (2013). Nursing Outcomes Clasification (NOC). Singapore: Elsevier
- Nadirawati (2018) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta:Nuha Medika
- NANDA (2015-2017) Diagnosa keperawatan: Definisi dan Klarifikasi 2012-2014. Jakarta:EGC
- Padila. (2011) Buku Ajar Keperawatan keluarga. Yogyakarta:Nuha Medika.
- Pratama, KD.,Okatiranti,O.,Ningrum,TP. (2016) Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kejadian Hipertensi di Panti Sosial Tresna Werdha Senjarawi Bandung. Jurnal keperawatan BSI. Diakses pada 07 mei 2020 dari <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/863>.
- Putri, SM.,DKK (2017)faktor dominan pada tekanan darah penderita hipertensi. Jurnal media kesehatan volume 10 nomer 1 april 2017. Diakses pada 15 mei 2020 dari <https://jurnal.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id/index.php/jmk/article/view/321/186>
- Risikesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Pengembangan dan Penelitian Kesehatan.
- Riswandani, RA (2019) Hubungan efikasi diri dengan self care pada penderita hipertensi di puskesmas gamping I sleman yogyakarta. Naskah publikasi. Diakses pada 16 mei 2020 dari digilib2.unisayogya.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/204/Naspub%20Rizky%20Aodina%20Riswandani_201510201086%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roesmono, B., Hamsah., irwan (2017) Hubungan Perilaku Mengontrol Tekanan Darah Dengan Kejadian Hipertensi. JIKP©Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah. Diakses pada 08 mei 2020 dari <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/view/94>
- Sartika, W., Herwati (2013). Terkontrolnya tekanan darah penderita hipertensi berdasarkan pola diet dan kebiasaan olahraga dipadang tahun 2011. *Jurnal*

kesehatan masyarakat. Diakses pada 10 mei 2020 dari jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/article/view/118

Setyawati, JN.(2017). Asuhan keperawatan keluarga pada keluarga Tn.W dengan anggota keluarga menderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta. Ahli Madya, Akademi keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Sitanggang, R.(2019) Tujuan dan evaluasi dalam keperawatan. Diakses pada 07 mei 2020 dari <https://osf.io/preprints/inarxiv/pfx9n/>

Smeltzer & Bare (2012) Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth Jakarta: EGC

Suparta, Rasmi (2018) hubungan genetik dan stress dengan kejadian hipertensi. JIKP(Jurnal ilmiah kesehatan pencerah). Volume 7 Nomer 2 bulan desember tahun 2018, ISSN:2089-9394. Diakses pada 08 mei 2020 dari <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/view/38/28>

Suprajitno (2012) Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik. Jakarta:EGC

Tarigan, AR.,Lubis,Z.,Syarifah,S.(2018) Pengaruh pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga terhadap diet hipertensi di desa Hulu Kecamatan Pancur Batu. Jurnal kesehatan. Diakses pada 07 mei 2020 dari <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/5107>

Ulya, Z.,Iskandar, A., Triasih, F. (2018) pengaruh pendidikan kesehatan dengan media poster terhadap pengetahuan manajemen hipertensi pada penderita hipertensi. Jurnal keperawatan. Diakses pada 07 mei 2020 dari <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/715>

LAMPIRAN

Lampiran 1

No.	Jenis Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				
		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 : 8 juni 2020



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Aditya Wisnu ANA
NIM : 2017010
Nama Pembimbing I : Rahmita Nuril Amalia
Judul KTI :
Studi Dokumentasi ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan
Hipertensi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	17 Feb 2020	Konwi BAB I, II, III	Diskusi	diperbaiki		Adit
2.	20 Feb 2020	Konwi BAB I, II, III	Diskusi	diperbaiki		Adit
3.	21 Feb 2020	Revisi BAB I, II, III	Diskusi	diperbaiki		Adit
4.	24 Feb 2020	Revisi BAB I, II, III	Diskusi	diperbaiki		Adit
5.	25 Feb 2020	persetujuan	Diskusi	ACC		Adit
6.	18 April 2020	Penulisan lokasi akhir berdasarkan	Tanya jawab	lokasi sesuai jurnal		Adit
7.	25 Juni 2020	Koreksi KTI prebid	Diskusi	Kata Pengantar, Perbaiki pembahasan		Adit
8.	26 Juni 2020	Penulisan manfaat	Tanya jawab	Mengikuti jurnal		Adit
9.	29 Juni 2020	Koreksi KTI pre USID	Diskusi	ACC		Adit
10.	8 Juli 2020	Penulisan judul	Tanya jawab	Judul sesuai jurnal		Adit
11.	1 Juli 2020	Koreksi KTI prebid	Diskusi	Abstrak, manfaat diperbaiki		Adit
12.	13 Juli 2020	Koreksi KTI postbid	Diskusi	Hasil, pembahasan diperbaiki		Adit
13.	14 Juli 2020	Koreksi KTI & naskah post USID	Diskusi	ACC		Adit

Yogyakarta,
Pembimbing I

(.....)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Aditya Wirnu ANA
NIM : 2313040
Nama Pembimbing 2 : Eddy Murtoyo
Judul KTI :
Studi Dokumentasi Keefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan
Hipertensi

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		Aditya
2.	17 Feb 2020	pengajuan judul	Diskusi	Acc		Aditya
3.	21 Feb 2020	Konsul BAB I II III	Diskusi	Perbaiki Bab I, II, III		Aditya
4.	24 Feb 2020	Persetujuan	Diskusi	Acc		Aditya
5.	13 Juni 2020	Konsul KTI Pra-Sub	Diskusi	Hasil & pembahasan dibenahi		Aditya
6.	15 Juni 2020	Konsul KTI	Diskusi	Acc		Aditya
7.	13 Juli	Konsul KTI Post-Sub	Diskusi	pembahasan diperbaiki		Aditya
8.	14 Juli	Konsul KTI + Naspub	Diskusi	Acc		Aditya

Yogyakarta,
Pembimbing 2

(.....)