**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**

**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**

**DENGAN HIPERTENSI**



**OLEH :**

**YESI CAHYA ANALISYA**

**NIM : 2317037**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN YKY**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**

**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**

**DENGAN HIPERTENSI**

Tugas Akhir Ini Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Menyelesaikan

Pendidikan Program Diploma III Keperawatan

Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

**OLEH :**

**YESI CAHYA ANALISYA**

**NIM : 2317037**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN YKY**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yesi Cahya Analisya

NIM : 2317037

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 dan bukan merupakan pengambilan alih 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

Pembuat Pernyataan

Yesi Cahya Analisya

NIM : 2317037

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**

**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**

**DENGAN HIPERTENSI**

OLEH :

YESI CAHYA ANALISYA

NIM : 2317037

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan

Di setujui pada tanggal

..........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Pembimbing I | Pembimbing II |
|  |  |
| Rahmita Nuril Amalia, S.Kep., Ns., M.KepNIK : 1141 10 155 |  Wahyu Ratna, SKM.M.Kes  NIP : 195408211979032001 |

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN**

**MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA**

**DENGAN HIPERTENSI**

 OLEH :

YESI CAHYA ANALISYA

NIM : 2317037

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper “YKY” Yogyakarta pada tanggal

........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Dewan Penguji : | Tanda Tangan |
| 1. Rahmita Nuril Amalia, S.Kep.,Ns., M.Kep
2. Wahyu Ratna, SKM.M.Kes
3. Eddy Murtoyo, S.Kep.Ns.M.Kes
 |  ................................................ ................................................ ................................................ |
|  |  |

Mengesahkan

Direktur Akper “YKY” Yogyakarta

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

NIK 114103052

**MOTTO**

1. Setiap hari langkah kehidupan begitu cepat, bagaikan pembalap berebut dan melaju menjadi nomer satu, tetapi terakhir bukanlah yang terburuk.
2. Kesuksesan adalah kemampuan untuk beranjak dari suatu kegagalan ke kegagalan yang lain tanpa kehilangan keinginan untuk berhasil
3. Perjuangan merupakan bukti bahwa engkau belum menyerah, peperangan selalu menyertai lahirnya suatu mukjizat.

**HALAMAN PERSEMBAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Bapak Cecem Surahman dan Ibu Yuni Budiarti yang telah memberikan dukungan serta motivasi, semangat, doa serta dukungan moral dan material. Terimakasih atas perjuangan bapak dan ibu atas doa yang terbaik bagi anak-anaknya.
2. Kakak saya Wiwied Cahya Ningrum, Adek saya Rifka Nida Ulkhusna dan Ponakan saya Rahca Yunus Anero yang telah mendukung dan memberikan doa.
3. Achmad Ichsan yang selalu memberikan dukungan, doa serta semangat terimakasih telah menemani dari awal masuk kuliah hingga lulus kuliah.
4. Oktriana sodara kembar saya yang selalu menemani, berbagi suka maupun duka saling mendukung satu sama lain.
5. Sahabat-sahabat saya Nurul, Mita, Ikke, Fia, Lela, Venti, Umi, Arlita, Elfa yang selalu memberikan semangat dalam penyusunan tugas akhir.
6. Teman- teman kelas 3A Akademi Keperawatan “YKY” angkatan 2020.
7. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan namanya terimakasih atas doanya.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan keluarga dengan Hipertensi ” dapat di selesaikan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimaksih 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 penulisan Karya Tulis Ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulis karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

3. Wahyu Ratna, SKM.M.Kes selaku dosen pembimbing II penulisan Karya Tulis Ilmiah, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu,

4. Eddy Murtoyo, S.Kep.Ns.M.Kes selaku penguji dari Akper YKY yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan motivasi dalam melaksanakan sidang Karya Tulis Ilmiah.

7. Seluruh pihak yang telah membantu atas terselesaikannya penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini, dan semoga Propsal ini dapat bermanfaat bagi pembaca

Yogyakarta, 30 Juni 2020

 Penulis

**DAFTAR ISI**

HALAMAN SAMPUL DEPAN..............................................................................i

HALAMAN SAMPUL DALAM............................................................................ii

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN..............................................................iii

LEMBAR PERSETUJUAN...................................................................................iv

LEMBAR PENGESAHAN.....................................................................................v

MOTTO..................................................................................................................vi

PERSEMBAHAN..................................................................................................vii

KATA PENGANTAR..........................................................................................viii

DAFTAR ISI............................................................................................................x

DAFTAR GAMBAR.............................................................................................xii

DAFTAR TABEL.................................................................................................xiii

DAFTAR LAMPIRAN………………………………………………………….xiv

ABSTRAK………………………………………………………...……………..xv

BAB I PENDAHULUAN........................................................................................1

1. Latar Belakang Masalah...............................................................................1
2. Rumusan Masalah Penelitian.......................................................................5
3. Tujuan Penelitian.........................................................................................5
4. Tujuan Umum........................................................................................5
5. Tujuan Khusus.......................................................................................5
6. Ruang Lingkup Penelitian............................................................................5
7. Manfaat Penelitian.......................................................................................6
8. Teoritis...................................................................................................6
9. Praktis.....................................................................................................6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA..............................................................................7

1. Landasan Teori Dasar..................................................................................7
2. Hipertensi...............................................................................................7
3. Konsep Keluarga..................................................................................16
4. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga..............................37
5. Kerangka Teori...........................................................................................42

BAB III METODE PENELITIAN.........................................................................43

1. Rancangan Penelitian.................................................................................43
2. Objek Penelitian.........................................................................................43
3. Lokasi dan Waktu Penelitian.....................................................................43
4. Defisini Operasional...................................................................................43
5. Instrumen Penelitian...................................................................................44
6. Teknik Pengumpulan Data.........................................................................44
7. Analisis Data..............................................................................................44
8. Etika Penulisan ..........................................................................................45
9. Kerangka Alur Penelitian...........................................................................46

BAB IV PEMBAHASAN......................................................................................47

1. Hasil...........................................................................................................47
2. Pembahasan................................................................................................48

BAB V PENUTUP.................................................................................................54

1. Kesimpulan................................................................................................54
2. Saran...........................................................................................................56

DAFTAR PUSTAKA............................................................................................57

LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan
2. Laporan Asuhan Keperawatan
3. Bukti Bimbingan

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori .......................................................................41

Gambar 3.1 Alur Penelitian ........................................................................48

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1. Tugas perkembangan keluarga baru....................................................22

Tabel 2.2. Tugas perkembangan keluarga anak pertama.....................................23

Tabel 2.3. Tugas perkembangan keluarga dengan anak prasekolah.....................23

Tabel 2.4. Tugas perkembangan keluarga dengan anak sekolah..........................24

Tabel 2.5. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja............................25

Tabel 2.6. Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa...........................25

Tabel 2.7. Tugas perkembangan keluarga dengan usia pertengahan....................26

Tabel 2.8. Tugas perkembangan keluarga dengan usia lanjut...............................26

Tabel 2.9. Skala untuk menentukan prioritas........................................................31

Tabel 2.10. Kriteria hasil ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.........37

Tabel 2.11. Intervensi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga..............40

Tabel 3.1. Definisi operasional..............................................................................43

**DAFTAR LAMPIRAN**

Jadwal Kegiatan

*Informed Connsent*

Laporan Asuhan Keperawatan

Bukti Bimbingan Pembimbing I

Bukti Bimbingan Pembimbing 2

STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA DENGAN HIPERTENSI

$Yessi Cahya Analisya^{1}$, $Rahmita Nuril Amalia^{2}$, $Wahyu Ratna^{3}$

Akper YKY Yogyakarta

analisyayessi34@gmail.com

ABSTRAK

*Hipertensi adalah Suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga adalah Ketika keluarga tidak mampu dalam memenajemen anggota keluarga yang sakit.*

*Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan, diketahuinya karakteristik keluarga dengan hipertensi, diketahuinya gambaran masalah keperawatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi, mengetahui peran keluarga dalam penanganan anggota keluarga yang sakit di wilayah kerja Puskesmas Gamping I.Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan keperawatan pada tahun 2015.Dari hasil yang didapatkan dari kasus adalah masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga belum teratasi dilakukan satu kali perawatan. Setelah melakukan studi dokumentasi penulis mendapatkan hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta pendokumentasian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Diharapkan bagi institusi agar penelitian ini dapat menjadi bahan referensi tambahan, bagi puskesmas penelitian ini bisa dijadikan referensi mengenai asuhan keperawatan pada keluarga dengan hipertensi dan bagi penulis dapat dijadikan acuan dasar bagi penelitian selanjutnya melakukan analisis mengenai hipertensi.*

*Kata Kunci : Hipertensi; ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga; Studi Dokumentasi.*

ABSTRACT

*Hypertension is a cindition where a person experiences an increase in blood preassure of more than 140/90 mmHg.Ineffective family health management is when the family is unable to manage sick family members.*

*This case study aims to find out the picture of the ineffectiveness of health management, to know the characteristics of families with hypertension, to know the description of nursing problems in families with one family member surffering from hypertension, to know the role of the family in handling sick family members in the working area of Gamping I Public Health Center.*

*This documentation study uses a descriptive qualitative method that illustrates a case by utilizing a nursing report in 2015.From the results obtained from the case, the problem of ineffectiveness in family health management has not been resolved. After conducting a documentation study, the writer obtained the result of a documentation study regarding the assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation and documentation of the ineffectiveness of family health managment.*

*It is hoped that the institute cane make this research an additional reference material, for Puskesmas this research can be used as a reference regarding nursing care for families with hypertention and for the authors it can be used as a basis for further research to analyze hypertension.*

*Key word : Hypertension , ineffectiveness of famly health managemen documentation of study.*

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang Masalah**

Hipertensi merupakan tanda klinis ketidakseimbangan hemodinamik suatu sistem kardiovaskuler, dimana penyebab terjadinya disebabkan oleh beberapa faktor sehingga tidak bisa terdiagnosis dengan hanya satu diagnosa saja (Setiati, 2015).

 Data dari *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa hipertensi menyumbang sebanyak 12,8% atau sebesar 7,5 juta kasus kematian di seluruh dunia (WHO, 2011). Pravelensi hipertensi tahun 2014 meningkat secara global untuk usia ≥18 tahun mencapai 22%. Hipertensi merupakan penyebab penyakit kardiovaskular dimana kenaikan tekanan darah per 20/10 mmHg akan meningkat dua kali lipat resikonya terhadap penyakit tersebut (WHO, 2014).

 Data dari WHO menyatakan bahwa negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi sebesar 40% dan negara maju 35%, di Indonesia penderita hipertensi mencapai 32% dari jumlah penduduk (WHO, 2014). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas, 2018), angka kejadian hipertensi mencapai 34,1% dari seluruh jumlah penduduk, angka yang menunjukkan peningkatan dari tahun 2013 yang mana presentase penderita hipertensi sebesar 25,8%. Untuk provinsi DIY tahun 2018 penderita hipertensi mencapai 32,86% dari jumlah penduduk, dari sekian banyak penderita hipertensi hanya 50,2% yang melakukan pengobatan rutin.

Berdasarkan data diatas, didapatkan suatu gambaran bahwa hipertensi merupakan masalah kesehatan potensial. Bila dibiarkan tidak diobati, keadaan ini akan menimbulkan berbagai macam komplikasi berupa kerusakan organ-organ target dan pada kasus yang fatal dapat mengakibatkan penyakit jantung, gagal ginjal maupun stroke yang tidak jarang berujung kematian (Zulkarnain, 2017). Hipertensi merupakan faktor utama penyebab kematian di seluruh dunia. Setidaknya 45% penyebab kematian penyakit jantung dan 51% penyebab kematian pada penderita sroke yang diakibatkan dari komplikasi hipertensi (WHO, 2013).

 Penatalaksanaan hipertensi meliputi non farmakologi seperti olah raga teratur, diet rendah garam, menghentikan merokok, mengurangi konsumsi alkohol dan terapi farmakologi dengan obat-obatan seperti obat golongan diuretik (*Hidroklorotiasid 25 mg*, *Furosemid 40 mg*), golongan blok ganglion (*Klonidin 0,15 mg, Reserpin 0,5 mg*), golongan inhibitor simpatik (*Propranolol 40 mg)*. Sebagian besar pasien memerlukan obat hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi (Kandarini, 2017).

Menurut Suwandi (2016) menunjukkan 72,2% dukungan keluarga kepada pasien hipertensi kurang dalam pemeliharaan diet hipertensi, hal tersebut menunjukkan kesadaran dalam keluarga merawat salah satu anggota keluarga yang sakit masih rendah dalam memberikan perawatan kepada penderita hipertensi.

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat. Salah satu peran penting seorang perawat keluarga adalah pendidik, konsultan dan kolaborasi, pemberi pelayanan kesehatan, pengawas kesehatan, fasilitator, dan *role mode*.Karena dalam sebuah keluarga terjadi interaksi internal dan eksternal, perawat dapat menekankan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Maka dari itu, peran perawat keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu perawat yang dapat memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dalam hal pencegahan penyakit, memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan, perawat sebagai nara sumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah keamanan keluarga, perawat harus mampu menjebatani dengan baik terhadap pemenuhan kebutuhan keamaan keluarga sehingga faktor risiko dalam ketidakpemenuhan kebutuhan keamanan dapat diatasi ( Sutrisno, 2013).

 Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Upaya keluarga yang dapat dilakukan diantaranya mengenal masalah hipertensi, memutuskan masalah hipertensi, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Namun didapatkan data bahwa sebagian besar keluarga kurang mengetahui tetang penyakit hipertensi dan tidak berobat.

 Dukungan keluarga merupakan sesuatu yang esensial bagi pasien dalam mengontrol penyakitnya, keluarga merupakan dukungan utama untuk pasien hipertensi dalam mempertahankan kesehatan.

 Keluarga memiliki peranan penting dalam perawatan maupun pencegahan kesehatan pada anggota keluarga lainnya (Hendra, 2017). Dukungan keluarga juga menjadi kekuatan dalam pasien hipertensi, agar keadaan yang dialami tidak semakin memburuk dan terhindar dari komplikasi akibat hipertensi. Keluarga dapat membantu pasien dalam mengatur pola makan yang sehat, mengajak untuk olah raga, mengantar dan mengigatkan untuk selalu rutin dalam memeriksa tekanan darah ke pelayanan kesehatan.

Jadi, dukungan keluarga sangat berpengaruh besar oleh penderita hipertensi yang membutuhkan perawatan dan perhatian terus-menerus (Ningrum, 2012).

Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Ketika keluarga tidak mampu dalam memenajemen anggota keluarga yang sakit, maka di butuhkan pola pengaturan ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan.

 Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk menyusun proposal karya tulis ilmiah dengan judul “Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi”

1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi?

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

Tujuan umum studi kasus ini untuk mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

1. Tujuan Khusus :

a. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai karakteristik keluarga dengan hipertensi.

b. Diketahuinya studi dokumentasi mengenai masalah keperawatan pada keluarga dengan anggota keluarga menderita hipertensi.

c. Mengetahui peran keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang sakit.

1. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Keluarga. Materi yang dibahas adalah Gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I 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.

1. **Manfaat Studi Kasus**

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis
2. Manfaat penulisan ini sebagai media pembelajaran tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan salah satu keluarga menderita hipertensi.
3. Menjadikan pembelajaran serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan ketrampilan dalam menangani pasien sehingga dapat diaplikasikan dalam pekerjaan sebagai perawat.
4. Praktis

Diharapkan dapat menjadi acuan dasar selanjutnya untuk melakukan analisis mengenai hipertensi

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Teori Dasar**

1. Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat ditetapkan sebagai tingginya tekanan darah secara menetap dimana tekanan sistemik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi ditetapkan sebagai tekanan sistolik diatas 160 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Hipertensi menyebabkan risiko morbiditas atu mortalitas prematur, yang meningkat sejalan dengan peningkatan tekanan sistolik dan diastolik ( Brunner & Suddarth, 2013).

b. Etiologi Hipertensi

1) Hipertensi Esensial (Primer ) : Antara 90 % dan 95% populasi dewasa mengalami hipertensi esensial (primer), yang tidak memiliki penyebab medis yang dapat diidentifikasi. Tekanan darah tinggi dapat terjadi apabila resistensi perifer dan/ atau curah jantung juga meningkat sekunder akibat peningkatan stimulasi simpatik, peningkatan reabsorsi natrium ginjal.

2) Hipertensi Sekunder : Peningkatan tekanan darah disertai dengan penyebab spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, koarktosia aorta, kehamilan (preeklamsia), dan sleep apnea.

c. Manifestasi Klinis

 Hipertensi sulit dideteksi oleh seseorang sebab hipertensi tidak memiliki tanda/ gejala khusus. Gejala-gejala yang mudah untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu pusing atau sakit kepala, cemas, wajah tampak kemerahan, tengkuk terasa pegal, cepat marah, telinga berdengung, sulit tidur, sesak napas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, mimisan (keluar darah di hidung) (Fauzi, 2014 *cit* Ignatavicius *et al*., 2017).

Gejala bila menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi klinis sebagai nokturia ( peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma peningkatan itrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis, sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan ( Endang, 2014).

d. Faktor Resiko

 Menurut Fauzi (2014), jika saat ini seseorang sedang perawatan penyakit hipertensi dan pada saat diperiksa tekanan darah seseorang tersebut dalam keadaan normal, hal itu tidak menutup kemungkinan tetap memiliki risiko besar mengalami hipertensi kembali. Lakukan terus kontrol dengan dokter dan menjaga kesehatan agar tekanan darah tetap dalam keadaan terkontrol.

Hipertensi memiliki beberapa faktor resiko diantaranya yaitu:

1. Keturunan, faktor ini tidak bisa diubah. Jika di dalam keluarga pada orangtua atau saudara memiliki tekanan darah tinggi maka dugaan hipertensi menjadi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah tekanan darah tinggi lebih tinggi pada kembar identik dibandingkan kembar tidak identik.
2. Usia, faktor ini tidak bisa diubah. Semakin bertambahnya usia semakin besar pula resiko untuk menderita tekanan darah tinggi. Hal ini juga berhubungan dengan regulasi hormon yang berbeda.
3. Konsumsi garam, terlalu banyak garam (sodium) dapat menyebabkan tubuh menahan cairan yang meningkatkan tekanan. darah.
4. Kafein, Kandungan kafein terbukti meningkatkan tekanan darah.
Setiap cangkir kopi mengandung 75-200 mg kafein, yang
berpotensi meningkatkan tekanan darah 5-10 mmHg.
5. Alkohol, alkohol dapat merusak jantung dan juga pembuluh darah. Ini akan menyebabkan tekanan darah meningkat.
6. Kurang olahraga, Kurang olahraga dan kurang gerak dapat menyebabkan tekanan darah meningkat. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan darah tinggi namun tidak dianjurkan olahraga berat.
7. Stress dan kondisi emosi yang tidak stabil seperti cemas, yang cenderung meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu maka tekanan darah akan kembali normal.
8. Kebiasaan merokok, Nikotin dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin, katekolamin yang meningkat dapat mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian meningkatkan tekanan darah.

e. Patofisiologis Hipertensi

 Tekanan darah arteri sistemik merupakan hasil perkalian total
resistensi/ tahanan perifer dengan curah jantung (*cardiac output*). Hasil *Cardiac Output* didapatkan melalui perkalian antara *stroke volume* (volume darah yang dipompa dari ventrikel jantung) dengan *hearth rate* (denyut jantung). Sistem otonom dan sirkulasi hormonal berfungsi untuk mempertahankan pengaturan tahanan perifer.

Hipertensi merupakan suatu abnormalitas dari kedua faktor tersebut yang ditandai dengan adanya peningkatan curah jantung dan resistensi perifer yang juga meningkat (Kowalak, 2011; Ardiansyah, 2012).

 Tekanan darah yang meningkat secara terus-menerus pada pasien hipertensi dapat menyebabkan beban kerja jantung akan meningkat. Hal ini terjadi karena peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Agar kekuatan kontraksi jantung meningkat, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan oksigen dan beban kerja jantung juga meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung bisa terjadi, jika hipertrofi tidak dapat mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena hipertensi memicu aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung bisa mengalami gangguan lebih lanjut akibat aliran darah yang menurun menuju ke miokardium, sehingga timbul angina pektoris atau infark miokard. Hipertensi juga mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah
yang semakin mempercepat proses aterosklerosis dan kerusakan organorgan vital seperti stroke, gagal ginjal, aneurisme dan cedera retina (Kowalak, 2011).

 Kerja jantung terutama ditentukan besarnya curah jantung dan
tahanan perifer. Umumnya curah jantung pada penderita hipertensi adalah normal. Adanya kelainan terutama pada peninggian tahanan perifer.

Peningkatan tahanan perifer disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pada pembuluh darah tersebut. Jika hipertensi sudah dialami cukup lama, maka yang akan sering dijumpai yaitu adanya perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol seperti penebalan pada tunika internal dan terjadi hipertrofi pada tunika media. Dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relatif. Hal ini dapat diperjelas dengan adanya sklerosis koroner (Riyadi, 2011).

f. Komplikasi

Komplikasi hipertensi berdasarkan target organ, antara lain sebagai berikut (Irwan, 2016):

1) Serebrovaskuler: stroke, *transient ischemic attacks*, demensia vaskuler, ensefalopati.

2) Mata : retinopati hipertensif.

3) Kardiovaskuler : penyakit jantung hipertensif, disfungsi atau hipertrofi ventrikel kiri, penyakit jantung koroner, disfungsi baik sistolik maupun diastolik dan berakhir pada gagal jantung (*heart failure*).

4) Ginjal : nefropati hipertensif, albuminuria, penyakit ginjal kronis.

5) Arteri perifer : klaudikasio intermiten

g. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan hipertensi meliputi :

1. Non Farmakologi

Terapi ini digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat meliputi :

1. Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :
2. Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hari menjadi 5 gr/hari
3. Diet rendah kolestrol dan rendah asam lemak jenuh
4. Penurunan berat badan
5. Menghentikan merokok
6. Latihan fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk menderita hipertensi.

1. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi :

1. Teknik *Biofeedback*

Tehnik ini adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal.

1. Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk menggurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks.

1. Pendidikan kesehatan ( Penyuluhan )

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

1. Farmakologi

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Pengobatannya meliputi :

1. Step 1 : Obat pilihan pertama : diuretik, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor.
2. Step 2 : Alternatif yang bisa diberikan
3. Dosis obat pertama dinaikkan
4. Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
5. Ditambah obat ke-2 jenis lain, dapat berupa diuretika, beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator
6. Step 3 : Alternatif yang bisa ditempuh :
7. Obat ke-2 diganti
8. Ditambah obat ke-3 jenis lain
9. Step 4 : Alternatif pemberian obatnya
10. Ditambah obat ke-3 dan ke-4
11. Re-evaluasi dan konsultasi

2. Konsep Keluarga dan Asuhan Keperawatan Keluarga

 a. Definisi Keluarga

 Keluarga adalah persekutuan 2 orang atau lebih individu yang terkait oleh darah, perkawinan atau adopsi yang membentuk satu rumah tangga, saling berhubungan dalam lingkup peraturan keluarga serta saling menciptakan dan memlihara budaya (Tinkhan & Voorchies *cit* Muhlisin, 2014 ). Definisi yang lain menyebutkan keluarga adalah kumpulan 2 orang manusia atau lebih, yang satu sama lain saling terikat secara emosional, serta bertempat tinggal yang sama dalam satu daerah yang berdekatan (Friedman, 2010).

 Definisi yang sering digunakan oleh masyarakat indonesia, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami isteri, atau suami isteri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Muhlisin, 2014). Dari uraian tentang keluarga di atas menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan suatu sistem. Sebagai sistem keluarga mempunyai anggota yaitu : ayah, ibu, dan anak atau semua individu yang tinggal didalam rumah tangga tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, interelasi dan interdepensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh sistemnya, yaitu lingkungan (masyarakat), dan sebaliknya sebagai sub sistem dari lingkungan (masyarakat), keluarga dapat mempengaruhi masyarakat ( Muhlisin, 2014).

b. Fungsi Keluarga

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

1. Fungsi Afektif

Menfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.

1. Fungsi Sosialisasi

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

1. Fungsi Reproduksi

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

1. Fungsi Ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.

1. Fungsi Perawatan Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik- makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan. ( Friedman, 2010).

c. Stuktur Keluarga

Struktur Keluarga menurut Muslihin ( 2014 ) sebagai berikut :

1. Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sededarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. Matrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. Patrilokal : adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
4. Matrilokal : adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah isteri.
5. Keluarga Kawinan : adalah hubungan suami isteri sebagai dasar pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami isteri.

d. Tipe atau bentuk Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Tipe keluarga tradisional menurut Muslihin (2014) terdiri dari :

1. *The nuclear family* ( keluarga inti)

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak

( kandung atau angkat).

1. *The extended family* ( keluarga besar)

Keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, bibik, atau keluarga yang terdiri dari 3 generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, seperti nuclear family disertai : paman, tante, orang tua (kakek- nenek), dan keponakan.

1. *The dyad family* ( keluarga “ Dyad”)

Keluarga yang terdiri dari suami dan istri ( tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

1. *Single- parent* ( orang tua tunggal)

Suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak

 (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

1. *The single adult living alone*/ single adult family

Suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan ( perceraian atau ditinggal mati).

1. *Blanded family*

Duda atau janda ( karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

1. *Kin- network family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama ( contoh : dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dan lain-lain).

1. *Multigenerational family*

Keluarga dengan beberapa generasi dan kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

1. *Commuter family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tesebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat weekend.

1. Keluarga usia lanjut

 Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami- isteri yang berusia lanjut dengan anak yang sudah memisahkan diri.

1. *Composit family*

 Keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup bersama.

1. *The childless family*

 Keluarga tanpa anak karena terhambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karier/ pendidikan yang terjadi pada wanita.

e. Tahap-tahap perkembangan keluarga

 Tiap tahap perkembangan membutuhkan tugas atau fungsi keluarga agar dapat melalui tahap tersebut dengan sukses. Dibawah ini akan diuraikan keluarga berdasarkan Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap I. Pasangan baru ( keluarga baru)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan perempuan (Istri) membentuk keluarga melalui perkawinan sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Karena masih banyak kita temui keluarga baru yang tinggal dengan orang tua, yang dimaksud dengan meninggalkan keluarga bukan secara fisik.

Tabel 2.1. Tugas perkembangan keluarga baru

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Pasangan baru ( keluarga baru) | 1. Membina hubungan intim yang memuaskan
2. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial
3. Mendiskusikan rencana memiliki anak
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap II Keluarga “ *Child-Bearing*” (kelahiran anak pertama)

 Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama yang berkelanjutan sampai anak pertama berusia 30 bulan. Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan.

Tabel 2.2. Tugas perkembangan keluarga anak pertama

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga “Child-Bearing”(kelahhiran anak pertama | 1. Persiapan menjadi orang tua
2. Adaptasi dengan perubahan peran anggota keluarga, interaksi, hubungan seksual dan kegiatan
3. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap III Keluarga dengan anak prasekolah

 Tahapan ini dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.

Tabel 2.3 Tugas perkembangan keluarga dengan anak prasekolah

|  |  |
| --- | --- |
| Tahapan perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan anak prasekolah | 1. Memenuhi anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi, dan rasa aman nyaman
2. Membantu anak bersosialisasi
3. Beradapatasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan anak yang lain juga harus terpenuhi
4. Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam keluarga maupun dengan masyarakat
5. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak
6. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga
7. Kegiatan dan waktu untuk simulasi tumbuh kembang
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap IV keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Demikian dengan orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Pada tahap ini orang tua memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah. Untuk itu keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan.

Tabel 2.4. Tugas perkembangan keluarga dengan anak sekolah

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan anak sekolah | 1. Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan
2. Mempertahankan keintiman pasangan
3. Memenuhi kebutuhan dab biaya kehiidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap V keluarga dengan anak remaja

 Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir 6 tahun sampai 7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rmah orang tuanya. Tujuan keluarga ini, melepaskan anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tabel 2.5. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan anak remaja | 1. Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab
2. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga
3. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua
4. Hindari perdebatan dan permusuhan
5. Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

 Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika ada anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua. Tujuan pada tahap ini mengorganisasi kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anak untuk hidup sendiri.

Tabel 2.6.Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan) | 1. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
2. Mempertahankan keintiman pasangan
3. Membantu orang tua memasuki masa tua
4. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat
5. Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga
6. Keluarga usia pertengahan
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap VII keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir tsaat pensiun atau salah satu meninggal. Pada tahap ini dirasa pada tahap sulit karena perpisahan dengan anak dan merasa gagal menjadi orang tua. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga perlu melakukan tugas perkembangan berikut.

Tabel 2.7.Tugas perkembangan keluarga dengan usia pertengahan

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan usia pertengahan | 1. Mempertahankan kesehatan
2. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak
3. Meningkatkan keakraban pasangan
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

1. Tahap VIII keluarga usia lanjut

 Tahap terakhir perkembangan tahap ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, dan meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai setresor dan berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan dan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan.

Tabel 2.8. Tugas perkembangan keluarga dengan usia lanjut

|  |  |
| --- | --- |
| Tahap perkembangan | Tugas perkembangan |
| Keluarga dengan usia lanjut | 1. Mempertahankan usia rumah yang menyenangkan
2. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
3. Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat
4. Mempertahankan hubungan anak dan sosial masyarakat
5. Melakukan life review
 |

Sumber : Duvall dan Miller (1986)

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 keperawtaan keluarga mencakup :

1. Data umum/Identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan transportasi,
2. Kondisi kesehatan semua anggota 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.
3. 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).
4. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkunganpemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah dan lain-lain.
5. Struktur keluarga ; struktur keluarga mencakup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan.
6. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga.
7. 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 melaksanaka 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.
8. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul

Dari pengkajian asuhan keperawatan keluarga di atas maka

diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul adalah :

a) Manajemen keluarga tidak efektif, yaitu pola penanganan masalah

kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan

kondisi kesehatan anggota keluarga.

b) Manajemen kesehatan tidak efektif, yaitu pola pengaturan dan

pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan

hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan.

c) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, yaitu ketidakmampuan

mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk

mempertahankan kesehatan.

d) Kesiapan peningkatan koping keluarga yaitu pola adaptasi anggota

keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif

dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan

kesehatan keluarga dan klien.

e) Penurunan koping keluarga yaitu ketidakefektifan dukungan, rasa

nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatan.

1. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Menurut Suprajitno perencanaan keperawatan mencakup tujuan

umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan

kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya23

merumuskan tindakan keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan

standar. Perencanaan yang dapat dilakukan pada asuhan keperawatan

keluarga dengan hipertensi ini adalah sebagai berikut :

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah hipertensi yang terjadi pada keluarga.

Sasaran : Setelah tindakan keperawatan keluarga dapat mengenal dan mengerti tentang penyakit hipertensi.

Tujuan : Keluarga mengenal masalah penyakit hipertensi setelah tiga kali kunjungan rumah.

Kriteria : Keluarga dapat menjelaskan secara lisan tentang penyakit

hipertensi.

Standar : Keluarga dapat menjelaskan pengertian, penyebab, tanda

dan gejala penyakit hipertensi serta pencegahan dan pengobatan

penyakit hipertensi secara lisan.

Intervensi :

(1) Jelaskan arti penyakit hipertensi

(2) Diskusikan tanda-tanda dan penyebab penyakit hipertensi

(3) Tanyakan kembali apa yang telah didiskusikan.

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat untuk

mengatasi penyakit hipertensi.

Sasaran : Setelah tindakan keperawatan keluarga dapat mengetahui

akibat lebih lanjut dari penyakit hipertensi.

Tujuan : Keluarga dapat mengambil keputusan untuk merawat

anggota keluarga dengan hipertensi setelah tiga kali kunjungan rumah.

Kriteria : Keluarga dapat menjelaskan secara lisan dan dapat

mengambil tindakan yang tepat dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Standar : Keluarga dapat menjelaskan dengan benar bagaimana

akibat hipertensi dan dapat mengambil keputusan yang tepat.

Intervensi:

(1) Diskusikan tentang akibat penyakit hipertensi

(2) Tanyakan bagaimana keputusan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi.

c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan

hipertensi

Sasaran : Setelah tindakan keperawatan keluarga mampu merawat

anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi.

Tujuan : Keluarga dapat melakukan perawatan yang tepat terhadap

anggota keluarga yang menderita hipertensisetelah tiga kali kunjungan rumah.

Kriteria : Keluarga dapat menjelaskan secara lisan cara pencegahan

dan perawatan penyakit hipertensi

Standar : Keluarga dapat melakukan perawatan anggota keluarga

yang menderita penyakit hipertensi secara tepat.

Intervensi:

(1) Jelaskan pada keluarga cara-cara pencegahan penyakit hipertensi.

(2) Jelaskan pada keluarga tentang manfaat istirahat, diet yang tepat dan olah raga khususnya untuk anggota keluarga yang menderita

hipertensi.

d) Ketidakmampuan keluarga dalam memelihara atau memodifikasi

lingkungan yang dapat mempengaruhi penyakit hipertensi

berhubungan.

Sasaran : Setelah tindakan keperawatan keluarga mengerti tentang

pengaruh lingkungan terhadap penyakit hipertensi.

Tujuan : Keluarga dapat memodifikasi lingkungan yang dapat

menunjang penyembuhan dan pencegahan setelah tiga kali kunjungan rumah.

Kriteria : Keluarga dapat menjelaskan secara lisan tentang pengaruh lingkungan terhadap proses penyakit hipertensi

Standar : Keluarga dapat memodifikasi lingkungan yang dapat

mempengaruhi penyakit hipertensi.

Intervensi :

(1) Ajarkan cara memodifikasi lingkungan untuk mencegah dan

mengatasi penyakit hipertensimisalnya :

(a) Jaga lingkungan rumah agar bebas dari resiko kecelakaan

misalnya benda yang tajam.

(b) Gunakan alat pelindung bila bekerja Misalnya sarung tangan.26

(c) Gunakan bahan yang lembut untuk pakaian untuk

mengurangi terjadinya iritasi.

(2) Motivasi keluarga untuk melakukan apa yang telah dijelaskan.

e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna perawatan dan pengobatan hipertensi.

Sasaran : Setelah tindakan keperawatan keluarga dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.

Tujuan : Keluarga dapat menggunakan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk mengatasi penyakit hipertensisetelah dua kali kunjungan rumah.

Kriteria : Keluarga dapat menjelaskan secara lisan ke mana mereka harus meminta pertolongan untuk perawatan dan pengobatan penyakit hipertensi.

Standar : Keluarga dapat menggunakan fasilitas pelayanan secara tepat.

Intervensi : Jelaskan pada keluarga ke mana mereka dapat meminta pertolongan untuk perawatan dan pengobatan hip

Menetapkan prioritas masalah/ diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas masalah dari Maglaya (2009).

Tabel 2.9. Skala untuk Menentukan Prioritas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Kriteria | Skor | Bobot |
| 1. | Sifat masalahSkala : Wellness Aktual Resiko Potensial |  3321 | 1 |
| 2.  | Kemungkinan masalah dapat diubahSkala:MudahSebagianTidak dapat | 210 | 2 |
| 3. | Potensi masalah untuk dicegahSkala :Tinggi Cukup Rendah  | 321 | 1 |
| 4.  | Menonjolnya masalahSkala :Segera Tidak perluTidak dirasakan | 210 | 1 |

Cara Sumber : Maglaya (2009)

Skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikan dengan bobot
3. Jumlah skor untuk semua kriteria
4. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas :

Penentuan prioritas masalah didasarkan dari empat kriteria yaitu sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah.

1. Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
2. Kriteria kedua, yaitu untuk memungkinkan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :
3. Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah
4. Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga
5. Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, ketrampilan dan waktu
6. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.
7. Kriteria ketiga, yaitu potensi masalah dapat dicegah.

Faktor- faktor yang perlu diperhatikan :

1. Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
2. Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
3. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah
4. Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.
5. Kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor yang tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan tujuan keperawatan keluarga yaitu :
6. Tujuan harus berorientasi pada keluarga, dimana keluarga diarahkan untuk mencapai suatu hasil
7. Kriteria hasil atau standar hasil pencapaian tujuan harus benar-benar bisa diukur dan dapat dicapai oleh keluarga
8. Tujuan menggambarkan berbagai alternatif pemecahan masalah yang dapat dipilih oleh keluarga
9. Tujuan harus bersifat spesifik atau sesuai dengan konteks diagnosis keperawatan keluarga dan faktor-faktor yang berhubungan.
10. Tujuan harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga dalam pemecahan masalah.
11. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penelitian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan keadaan keluarga.

Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon idividu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pancapaian tujuan keperawatan (IPKKI, 2017).

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional.

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subyektif setelah dilakuakan intervensi keperawatan.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi.

Tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif.

Evaluasi formatif dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

1. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

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

1. Definisi

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

1. Batasan karakteristik
2. Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga
3. Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor resiko
4. Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan.
5. Ketidakpatuhan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan.
6. Kurang perhatian pada penyakit.
7. Faktor yang berhubungan.
8. Kerumitan regimen terapeutik
9. Kerumitan pelayanan kesehatan
10. Kesulitan ekonomi
11. Konflik keluarga
12. Konflik pengambilan keputusan.
13. Intervensi

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

Tabel 2.10. Kriteria hasil ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga.

|  |  |
| --- | --- |
| NOC (*Nursing Outcomes Classification)* | Indikator |
| Normalisai keluarga | 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 keluaraga telah kembali kekondosi sebelum kritis.
5. Mempertahankan rutinitas dan aktivitas yang tepat.
6. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak.
 |
| Dukungan keluarga selama perawatan | 1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit
2. Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga keluarga yang sakit
3. Anggota keluarga bertannya bagaimana mereka bisa membantu.
4. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit
5. Anggota keluarga memberikan dukungan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| NOC (*Nursing Outcome Classification)* | Indikator |
| Pembuatan keputusan  | 1. Mengidentifikasi informasi yang relevan
2. Mengidentifikasi alternatif

(pilihan)1. Mengidentifikasi kemungkinan konsekuensi dari masing-masing pilihan.
2. Mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif.
3. Mengidentifikasi kerangka waktu yang dibutuhkan untuk mendukung setiap alternatif.
4. Mengenali kontradiksi dari keinginan yang lain
 |
| Status kesehatan keluarga | 1. Kesehatan fisik anggota keluarga
2. Aktifitas fisik anggota keluarga
3. Kesehatan mental anggota keluarga.
4. Perkembangan fisik anggota keluarga
5. Perkembangan psikososial anggota keluarga
6. Akses keperawatan keluarga.
7. Perumahan yang tepat
8. Penyediaan makanan bergizi
9. Sumber finansial
10. Sumber daya perawatan kesehatan yang tepat
11. Sumber daya pelayanan sosial yang tepat
 |
| Integritas keluarga | 1. Sering berinteraksi dengan keluarga (bukan keluarga inti)
2. Melibatkan anggota dalam pemecahan masalah.
3. Anggota keluarga membantu satu sama lain dalam melaksanakan peran tugas sehari-hari.
4. Anggota keluarga berkomunikasi secara terbuka dan jujur satu sama lain.
5. Anggota otonomi dan kemandirian
6. Anggota keluarga mengungkapkan kesetiaan
7. Anggota keluarga berbagi perasaan, pikiran, kepentingan dan kekhawatiran
8. Anggota keluarga berkomunikasi secara terbuka dan jujur satu sama lain.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| NOC (*Nursing Outcome* *Classification*) | Indikator |
| Ketahanan keluarga  | 1. Mendukung anggota keluarga
2. Memelihara anggota keluarga
3. Melindungi anggota kealuarga
4. Berkomunikasi dengan jelas antar anggota keluarga
5. Mendukung individualitas dan kemandirian diantara anggota keluarga.
6. Mengunakan tim perawatan kesehatan terkait dengan informasi dan bantuan.
7. Berbagi canda.
 |
| Iklim sosial keluarga | 1. Berpartisipasi dalam kegiatan bersama.
2. Berpartisipasi dalam kegiatan di waktu luang.
3. Mempertahankan rutinitas keluarga.
4. Menjaga kebersihan rumah.
5. Berbagi proses pengambilan keputusan.
6. Mempertahankan hubungan dengan anggota keluarga jauh
7. Mendukung satu sama lain
8. Memberikan privasi bagi anggota keluarga
9. Mendukung individualitas kemandirian anggota keluarga
10. Mendorong kegiatan yang menambah kedewasaan
 |
| Pengetahuan manajemen penyakit kronik | 1. Manfaat manajemen penyakit kronis.
2. Tanda dan gejala penyakit kronis.
3. Tanda dan gejala komplikasi
4. Setrategi mencegah komplikasi.
5. Prosedur yang terlibat dari regimen pengobatan.
6. Diet yang dianjurkan.
7. Kelompok dukungan yang tersedia.
 |
| Pengetahuan regimen pengobatan. | 1. Manfaat perawatan
2. Efek yang diharapkan dari pengobatan
3. Diiet yang dianjurkan.
4. Regimen obat yang diresepkan.
5. Aktifitas fisik yang dianjurkan.
6. Olah raga yang dianjurkan
7. Prosedur yang dianjurkan
8. Manfaat manajemen penyakit
 |

Sumber : *Nursing Outcome Classification* (2013)

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

Tabel 2.11. Intervensi ketidakefetifan manajemen kesehatan keluarga

|  |  |
| --- | --- |
| *Nursing Interventions* *Classification* (NIC) | Indikator |
| Dukungan keluarga | 1. Yakinkan keluaga bahwa keluarga sedang diberikan perawatan yang terbaik.
2. Nilai reaksi emosi keluarga terhadap kondisi pasien.
3. Terima nilai yang dianut keluarga dengan sikap yang tidak menghakimi.
4. Bantu anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan memecahkan masalah konflik nilai-nilai keluarga.
 |
| Peningkatan integritas keluarga | 1. Jadilah pendengar yang baik bagi anggota keluarga.
2. Bina hubungan saling percaya dengan anggota keluarga.
3. Pertimbangkan pemahaman keluarga terhadap kondisi yang ada .
4. Kolaborasi dengan keluarga dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan.
 |
| Peningkatan keterlibatan keluarga | 1. Bangun hubungan pribadi dengan anggota keluarga yang akan terlibat dalam keperawatan
2. Identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien
3. Dorong anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga yang sesuai.
4. Diskusikan pilihan jenis perawatan dirumah seperti tinggal berkelompok.
 |
| Mobilisasi keluarga | 1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga.
2. Identifikai kekuatan dan sumber daya keluarga, dalam sistem dukungan keluarga dan masyarakat.

3. Kolaborasi dengan anggota keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan terapi pasien dan perubahan gaya hidup. |

*Sumber : Nursing Interventions Clasification (2013)*

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Rancangan Penelitian**

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

1. **Objek Penelitian**

Objek Dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan dalam KTI ( Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus tahun 2015.

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

1. **Definisi Operasional**

Tabel 3.1. Deskripsi Definisi Operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.  | Variabel | Definisi Operasional |
| 1. | Hipertensi | Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang diukur oleh perawat pada anggota keluarga. |
| 2. | Keluarga  | Sekumpulan individu yang tinggal dalam satu rumah atau lingkungan yang memiliki hubungan darah atau perkawinan tinggal di wilayah kerja Puskesamas Gamping I Yogyakarta. |
| 3. | Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga | Ketidakmampuan anggota keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan bagi salah satu anggota keluarga yang menderita hipertensi. |

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah penelitian itu sendiri (Sugiiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah penelitian itu sendiri. Penelitian 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

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data skunder 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.

1. **Analisis Data**

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan di tuangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterprestasikan oleh penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

1. **Etika Penulisan**

Etika dalam penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam melakukan penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia sehingga dari segi etika penelitian harus diperhatikan. Etika dalam studi kasus ini, meliputi:

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

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian. Tujuan dari *informed consent* yaitu agar subjek penelitian mengerti maksud dan tujuan penelitian, serta mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subjek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

1. *Anonimity*

*Anonimity* merupakan etika dalam studi kasus yang mana nama responden hanya dicantumkan secara insial, dilakukan setelah mendapat identitas dari responden, dengan cara wawancara.

1. *Confidentially* (kerahasiaan)

*Confidentially* adalah suatu etika dalam penelitian dengan cara memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalahnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data yang akan dilaporkan pada hasil riset. Dalam penelitian ini identitas responden akan dirahasiakan.

1. **Kerangka Alur Penelitian**

Surat ijin (Administrasi)

Membandingkan dengan teori dan hasil

Analisa Data

Pemilihan data berupa dokumen

Gambar : 3.1 .Alur Penelitian

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil**

Hasil dari data asuhan keperawatan, pengkajian pada Ny. C tentang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga didapatkan data bahwa, Ny. C berumur 85 tahun, kasus yang dipilih tidak mengambarkan keluarga karena lansia tinggal sendiri di dusun gamping Lor, Ny. C menderita hipertensi sudah enam bulan dan saat dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil tekanan darah Ny. C 220/ 100 mmHg.

Ny. C mampu menjelaskan pengertian tanda dan gejala, penyebab, makanan yang dipantang dan diperbolehkan untuk penderita hipertensi. Ny. C mengatakan tidak memakan makanan yang terlalu asin (anyep) melakukan aktifitas yang tidak terlalu berat ataupun terlalu banyak pikiran.

Ny. C mengatakan belum rutin minum obat hipertensi (captopril 25mg), hanya meminum ketika tensi tinggi dan merasa pusing, kontol Ny. C setiap bulan di posyandu lansia. Ny. C mengatakan tidak memeriksakan ke Puskesmas untuk hipertensi, tidak adanya yang mengantar dan Ny. C tidak memiliki jaminan kesehatan, Ny. C mengatakan untuk berjalan menggunakan tongkat.

Hasil dari skoring didapatkan diagnosa utama adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan jumlah skor 3 $\frac{2}{3}$ dan resiko jatuh dengan jumlah skor 2 $\frac{1}{2}$.

Rencana keperawatan dibuat dengan tujuan manajeman kesehatan efektif dengan kriteria hasil Ny. C mampu meminum obat secara rutin sesuai dengan anjuran dokter, mampu mengoptimalkan perawatan hipertensi termasuk diit, pola aktifitas, kontrol yang tepat, diharapkan tercapai melalui beberapa intervensi yaitu gali pengetahuan tentang perawatan hipertensi, beri informasi tentang perawatan hipertensi yang tepat.

Implementasi yang dilakukan pada hari senin, 8 Juni 2015 yaitu kontrak waktu dengan Ny. C, mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan hipertensi, memberi informasi tentang perawatan hipertensi.

Evaluasi hasil keperawatan dari pelaksanaan tersebut adalah masalah belum teratasi dengan hasil keluarga mengatakan biasanya minum obat hanya diminum saat pusing saja, tampak captopril 25mg hanya bungkusnya sedangkan obat sudah habis.

1. Pembahasan

Hasil dari dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 8 juni 2015 di rumah Ny. C didapatkan data bahwa Ny. C tinggal di dusun Gamping Lor RT06/13, Ny. C tidak memiliki anggota keluarga yang tinggal serumah karena suami meninggal 2 tahun yang lalu, kasus yang dipilih tidak menggambarkan keluarga karena lansia tinggal sendiri, maka dari itu berdasarkan teori muslihin (2014) tentang tipe keluarga Ny. C termasuk tipe keluarga nuclear family. Ny. C berusia >50 tahun dan menderita hipertensi, berdassarkan teori fauzi (2014) semakin bertambahnya usia semakin besar pula resiko untuk menderita hipertensi, hal ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan syahrini dkk (2012) dengan hasil dari 80 responden 1 orang pada kelompok umur 15-44 tahun menderita hipertensi sebesar 0% dan tidak menderita hipertensi 1 (1,25%), 13 orang kelompok umur 45-54 tahun menderita hipertensi sebesar 3 ( 3,75%) dan tidak menderita hipertensi 10 (12,5%), 37 orang kelompok umur 55-64 tahun menderita hipertensi sebesar 30 (37,5%) dan tidak menderita hipertensi 7 (8,75%), dan 29 orang kelompok umur lebih dari 65 tahun yang menderita hipertensi 29 (36,25%) dan tidak menderita hipertensi sebesar 0(0%). Berdasar uji statistik ChiSquare didapatkan nilai p= 0,0001; OR= 7,4; CI =95% (3,5-15,7). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian hipertensi.

Ny. C mengatakan tidak memakan makanan yang terlalu asin (anyep) sebagai salah satu upaya untuk mengontrol hipertensi, hal ini sesuai dengan teori fauzi (2014) yang mengatakan bahwa terlalu banyak garam ( sodium) dapat menyebabkan tubuh menahan cairan yang meningkatkan tekanan darah.

Berdasarkan teori maglaya ( 2017) menyebutkan bahwa pengkajian dalam keluarga mmemiliki dua tahap, tahap berfokus pada masalah kesehatan keluarga dan menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga, pengkajian pada kasus dapat dikatakan kurang lengkap karena genogram tidak digambarkan dengan lengkap dan peran dalam keluarga belum dituliskan secara lengkap, selain itu dalam tahap perkembangan keluarga dalam kaka tingkat data dituliskan bahwa Ny. C memiliki anak dan cucu tetapi tidak di jelaskan jumlah anak dan tidak tergambarkan pada genogram.

Penegakan diagnosa dapat ditegakkan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga berdasarkan teori NANDA (2015) ketidakefektifan manajemen kesehata keluarga adalah pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan skuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi batasan karakteristiknya. Penegakan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga belum tapat .Hal ini didukung pada batasan karakteristik yang muncul adalah kurang perhatian pada penyakit, di buktikan dengan data Ny. C hanya minum hipertensi saat merasa pusing, tidak memeriksakan ke Puskesmas. kegagalan menguranggi faktor resiko dibuktikan dengan data tidak adanya yang mengantar ke Puskesmas. Adapaun batasan karakteristik yang tidak muncul gagal melakukan tindakan mencegah masalah dibuktikan dengan data tekanan darah Ny. C 220/100mmHg.

Berdasarkan teori maglaya (2017) tahapan penyusunan perencanaan keperawatan keluarga menetapkan prioritas masalah menggunakan skala untuk menentukan prioritas. Hasil dari skoring didapatkan diagnosa utama adalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan jumlah skor $3^{2/3}$ dan resiko jatuh $2^{1/2}$. Perencanaan keperawatan harus didiskusikan dahulu dengan keluarga yaitu Ny. C menyusun tujuan dan kriteria hasil.

Tujuan keperawatan yang di buat untuk Ny. C diharapkan manajemen kesehatan keluarga efektif mampu mencapai kriteria hasil Ny. C mampu meminum obat secara rutin sesuai dengan anjuran dokter, mampu mengoptimalkan perawatan hipertensi pada Ny. C termasuk pola aktifitas, kontrol rutin yang tepat.

Untuk tujuan keluarga mampu meminum obat secara rutin, sesuai dengan *NOC* label yaitu pengetahuan regimen pengobatan. Indikator regimen obat yang diresepkan, prosedur yang di anjurkan, efek yang diharapkan dari pengobatan. Untuk tujuan keluarga mampu mengoptimalkan perawatan hipertensi sesuai dengan *NOC* label dukungan keluarga selama perawatan dengan kriteria hasil anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit. Untuk intervensi gali pengetahuan keluarga tentang perawatan hipertensi sesuai dengan *NIC* label, dukungan pengasuhan dengan intervensi mengkaji tingkat pengetahuan caregiver.

Penulisan kriteria hasil belum memenuhi prinsip *spesific (S), measurable (M), achievable (A), realistic (R),* dan *time (T).* Prinsip *spesific* sudah terpenuhi dengan dituliskannya kriteria hasil keluarga mampu meminum obat secara rutin, Prinsip *measurable* belum terpenuhi karena tidak sesuai pada kriteria hasil mengkaji pengetahuan keluarga tentang perawatan hipertensi, Prinsip *achievable* dan *realistic* belemum terpenuhi dengan di tuliskannya kriteria hasil yang tidak dicapai dan tidak realistis, Prinsip *time* belum terpenuhi dengan di tuliskannya waktu yang direncanakan yakni 3x kunjungan.

Untuk intervensi beri informasi tentang perawatan hipertensi sesuai dengan *NIC* label, Terapi keluarga dengan intervensi memberi pendidikan kesehatan dan informasi. Untuk intervensi dorong keluarga untuk melakukan perawatan hipertensi sesuai dengan *NIC* label peningkatan keterlibatan keluarga dengan intervensi mendorong anggota keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

Penyusunan intervensi pada kasus tidak sesuai dengan kriteria hasil, intervensi pada kasus kurang tepat karena tidak mengacu pada *Nursing Outcome Classification* (NOC).

Rencana tindakan yang diberikan pada Ny. C menggunakan *Nursing intervention Clasification* *NIC* label gali pengetahuan keluarga tentang perawatan hipertensi, beri informasi tentang perawatan hipertensi dengan tepat, mendorong keluarga untuk melakukan perawatan hipertensi yang benar, sesuai teori fauzi (2014) yaitu meningkatkan pengetahuan tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Berdasarakan teori IPKKI (2017) implementasi keperawatan yang ditujukan pada keluarga meliputi 5 tugas kesehatan keluarga implementasi pada kasus tidak melibatkan keluarga yang lain karena lansia tinggal sendiri. Implmentasi keperawatan pada Ny. C hanya dilakukan satu kali tatap muka yakni tanggal 8 juni 2015 belum sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya.

Implementasi yang dilakukan tidak sesuai dengan intervensi yang telah di buat sebelumnya karena tindakan yang dilakukan hanya kontrak waktu dan mengkaji pengetahuan keluarga, sedangkan pada intervensi gali pengetahuan keluarga tentang hipertensi, beri informasi tentang perawatan hipertensi, dorong keluarga untuk melakukan perawatan hipertensi.

Berdasarkan teori IPKKI (2017) bahwa kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga, kriteria hasil dan mengumpulkan hasil. Kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan. Pada kasus penulisan evaluasi hasil yaitu tanggal 8 juni 2015 dituliskan data subjektif (S) keluarga Ny. C mengatakan biasanya obat hanya diminum saat pusing, data Objektif (O) tampak captopril 25 mg hanya bungkusnya saja sedangkan obatnya sudah habis, Assessment (A) masalah belum teratasi dan Planning (P) lanjutkan intervensi. Berdasarakan hasil analisa, data subjektif dan objektif dirasa tidak tepat karena tidak sesuai pada implementasi, pada tujuan kriteria waktu yang direncanakan 3x kunjungan, sedangkan pada kasus hanya satu kali kunjungan.

Pendokumentasian sudah cukup baik dengan selalu menyertakan hari, tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Setelah dilakukan studi dokumentasi asuhan keperawatan pada pengalaman yang didapat oleh peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga Ny. C dengan penderita hipertensi, dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

1. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga Ny. C yang menderita hipertensi yaitu Ny. C usia 85 tahun yang mengalami hipertensi, Ny. C beragama islam, tidak sekolah, suku jawa, berkebangsaan Indonesia,dengan struktur keluarga matrilokal, tipe keluarga *nuclear family* pada tahap VIII yaitu usia lanjut. Ny. C tidak memiliki anggota keluarga lain yang tinggal serumah. Ny C menderita hipertensi sudah 6 bulan.
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi pada keluarga Ny. C. Dari hasil pengkajian yang didapatkan data keluarga memiliki batasan karakteristik sesuai NANDA (2015).
3. Diketahuinya hasil studi dokumentasi yaitu:
4. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan 4 cara yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi, dari keluarga Ny. C.

1. Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian didapat beberapa data dan dilakukan analisa data dalam analisa data muncul masalah keperawatan:

ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yang disesuaikan dengan batasan karakteristik NANDA (2015). Ketidakefektifan muncul karena partisipan tidak rutin minum obat dan periksa ke Puskesmas.

1. Intervensi

Secara umum tindakan keperawatan dibuat berdasarkan tujuan dan rencana sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai. Dalam perencanaan peneliti membuat rencana tindakan yaitu gali pengetahuan keluarga tentang perawatan hipertensi yang tepat, dorong keluarga untuk melakukan perawatan hipertensi yang benar, beri pujian atas kemauan keluarga untuk melakukan perawatan hipertensi dengan benar.

1. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah diterapkan. Waktu pelaksanaan sesuai dengan kesanggupan partisipan dan keluarga. Dalam pelaksanaan partisipan diharapakan dapat rutin dalam mengkonsumsi obat hipertensi secara rutin dan memeriksakan ke pelayanan kesehatan dengan rutin.

1. Evaluasi

Hasil evaluasi studi dokumentasi dan dari keluarga Ny. C dalam masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga belum tercapai mengacu pada kriteria hasil yang ditetapkan.

1. **Saran**
2. Bagi Institusi

Diharapakan penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi tambahan.

1. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan acuan dasar bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan analisis mengenai hipertensi.

1. Bagi Puskesmas

Diharapakan penelitian ini bisa dijadikan referensi menegenai asuhan keperawatan pada keluarga hipertensi.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anonim. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Universitas Indonesia, Jakarta.

Ardiansyah, M. 2012. Medikal Bedah Untuk Mahasiswa. Diva Press, Yogyakarta.

Brunner & Suddarth. 2013. Keperawatan Medikal Bedah : Edisi XII. Buku Kedokteran EGC, Jakarta.’

Dewanti S.W. (2015). Pengaruh Konseling dan Leaflet terhadap Efikasi Diri, Kepatuhan Minum Obat, dan Tekanan Darah Pasien hipertensi di Dua Puskesmas Kota Depok. Jurnal Kefarmasian indonesia, 5(1),33-40.

Dinas Kesehatan Bantul. 2018. Profil Kesehatan Bantul,Yogyakarta.

Duvall, E.M., & Miller, B.C. 1986. Marriage and Family Development. 6th Edition . Harper & Row Publisher, New York.

Endang. 2014. Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu. Graha Ilmu, Yogyakarta.

Fauzi, I. 2014. Buku Pintar Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Asam Urat, Diabetes, dan Hipertensi. Araska, Yogyakarta.

Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset Teori dan Praktik. EGC, Jakarta.

Setyowati, E. 2015. Asuhan keperawatan pada Keluarga Ny. C dengan salah satu Anggota Keluarga Menderita Hipertensi di Padukuhan Gamping Lor di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman.

Hendra, E. 2017. Dukungan Keluarga dalam manajemen Penyakit Hipertensi. Jurnal Concent : 35.

Kowalak. 2011. Buku Ajar Patofisilogi. EGC, Jakarta.

Maglaya. 2009. Family Health Nursing : The Process. Argonauta Corpotaion : Nangka Marikina, Philipina.

Muhlisin, A. 2014. Keperawatan Keluarga. Gosyen Publishing, Yogyakarta.

Nanda. 2015. Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10. EGC, Jakarta.

Ningrum, S. R. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku maka pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir, Sleman, yogyakarta. Skripsi, 4.

Riskesdas, 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Republik Indonesia, Jakarta.

Riyadi, A. 2011. Keperawatan Medikal bedah. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Sutrisno. 2013. Pengaruh Edukasi Perawat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Purwodadi. UMY, Grobogan.

Suwandi, Y. D. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga Dalam Diit Hipertensi Dengan Frekuensi Kekambuhan Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Posyandu Desa Blimbing Sukoharjo. UMS, Surakarta.

*World Health Organization*. 2013. A Global Brief on Hypertension. http://www.google. com/search?q=prevalensi+hipertensi+di+indonesia&ie=utf-8&oe=global +prevalensi+of+hypertension+2013. Diakses pada tanggal 18 Februari 2020.