

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI



Oleh :

FAJAR ISNANTO

NIM : 2317052

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH

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

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

FAJAR ISNANTO

NIM : 2317052

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fajar Isnanto

Nim : 2317052

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, 15 Juni 2020

Pembuat Pernyataan



NIM : 2317052

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI

Oleh :

FAJAR ISNANTO

NIM : 2317052

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal

.....
2 Juli 2020

Pembimbing I

Pembimbing II



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



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

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI KETIDAKEFEKTIFAN
MANAJEMEN KESEHATAN KELUARGA
DENGAN HIPERTENSI

Oleh :

FAJAR ISNANTO

NIM : 2317052

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Akper "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



Motto

Tiada yang lebih dari ketiadaan

HALAMAN PERSEMPAHAN

Karya tulisku ini ku persembahkan teruntuk :

1. Kedua orangtuaku dan segenap keluarga yang telah memberikan doa, semangat, dan kasih sayang yang tulus.
2. Aditya Wanna dan Karen Meilani yang sudah berjuang bersama dengan penuh kesabaran dalam membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga akhirnya lulus bersama.
3. Teman-teman seperjuanganku, kelas 3B dan 3A terimakasih atas banyak hal-hal indah yang senantiasa kita rangkum dalam kebahagiaan dan kenangan manis.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulilah segala puji bagi Allah AWT yang telah melimpahkan rahmat hidayah dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Penelitian Keperawatan dengan judul Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Keluarga Tn “J” Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta Tahun 2020 diajukan sebagai syarat mencapai Gelar Ahli Madya Keperawatan di Akper “YKY” Yogyakarta.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini hingga terwujudnya, tidak terlepas dari Rahmat-Nya, bimbingan, bantuan dan doa dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Direktur Akper “YKY” Yogyakarta.
2. Rahmita Nuril A. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan masukan, motivasi serta bimbingan.
3. Eddy Murtoyo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan masukan, motivasi serta bimbingan.
4. Drs Kirnantoro, SKM., M.Kes selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik.

5. Semua pihak yang terlibat, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu terselesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan yang harus diperbaiki sehingga sudilah pembaca yang budiman untuk memberikan saran dan kritik yang membangun sehingga penulis dapat memperbaiki kekurangan dikemudian hari. Sekian yang dapat penulis sampaikan, akhir kata terimakasih atas ketersediaannya membaca karya tulis ini.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	I
Halaman Sampul Dalam.....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar isi	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Abstrak.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	5
D. Ruang Lingkup.....	6
E. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori.....	7
1. Hipertensi.....	7
2. Konsep Keluarga.....	14
3. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga.....	35
B. Kerangka teori.....	38
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Studi Kasus.....	39
B. Objek Studi Kasus.....	39
C. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	39
D. Definisi Operasional.....	40
E. Instrumen Studi Kasus.....	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	40
G. Analisa Data.....	41
H. Etika Studi Kasus.....	41
I. Kerangka Alur Penelitian.....	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	42
B. Pembahasan.....	46
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	58
B. Saran.....	60
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	9
Tabel 2.2 Skala Untuk Menentukan Prioritas	31
Tabel 2.3 NOC Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga Ketidakefektifan	36
Tabel 2.4 NIC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga ...	37
Tabel 3.1 Definisi Operasional	40
Tabel 4.1 Karakteristik Responden.....	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	38
Gambar 4.1 Genogram keluarga Tn. J.....	43

Fajar Isnanto. (2020). Studi Dokumentasi Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan
Keluarga Dengan Hipertensi

Pembimbing : Rahmita Nuril Amalia, Eddy Murtoyo

ABSTRAK

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes, 2018). Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga karena ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko, dan kurang perhatian pada penyakit. Tujuan studi dokumentasi ini adalah untuk mengetahui gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi. Metode penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi pada tahun 2016. Dari hasil penelitian diperoleh data pengkajian peran serta anggota keluarga kurang dilibatkan dalam proses asuhan keperawatan. Masalah keperawatan yang ditetapkan sudah sesuai dengan batasan karakteristik. Rencana tindakan pada laporan asuhan keperawatan menggunakan 5 KMK, belum mengacu pada NOC dan NIC. Evaluasi sudah sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan. Kesimpulan penulisan yaitu diketahuinya gambaran pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi.

Kata Kunci : Hipertensi, Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia. Hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer kesehatan. Hal itu merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%, sesuai dengan data Riskesdas (2013). Di samping itu, pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif banyak tersedia. Definisi Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. (Kemenkes, 2018)

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 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya. (p2ptm.kemkes.go.id, 2019)

Di Indonesia, berdasarkan data Riskesdas 2018, dari jumlah sampling 38.335 orang yang menderita hipertensi 63,22%. Dari sampling penduduk yang tidak/belum pernah sekolah jumlah sampling 39.556 orang yang menderita hipertensi 51,55%. Kemudian sampling dengan berdasarkan latar

belakang pekerjaan, presentase terbesar penderita hipertensi adalah yang tidak bekerja, dengan jumlah sampling 196.220 orang yang menderita hipertensi sebesar 39,73%.

Prevalensi hipertensi di DIY menurut Riskesdas 2018 adalah 11.01 % atau lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka nasional (8,8%). Prevalensi ini menempatkan DIY pada urutan ke-4 sebagai provinsi dengan kasus hipertensi yang tinggi. Pola penyakit di DIY dipantau oleh sistem Surveilans Terpadu Penyakit (STP) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) di Puskesmas, Rumah Sakit, dan tempat pelayanan kesehatan lainnya. Pada tahun 2017 berdasarkan STP Puskesmas. Secara berurutan, 10 penyakit yang sering muncul di tahun 2017 adalah Hipertensi, Diare, Influenza, Diabetes Mellitus, Tifus Perut Klinis, Pneumoni, tersangka Tuberkolosis (TBC) paru, Demam *dengue*, Diare Berdarah (disentri). Terjadi pergeseran pada tahun 2016 Diare masih menduduki tertinggi mulai digeser oleh Hipertensi. Hipertensi selalu masuk dalam 10 besar penyakit sekaligus 10 besar penyebab kematian di DIY selama beberapa tahun terakhir berdasarkan STP maupun STP RS. Laporan STP Puskesmas Tahun 2017 tercatat kasus hipertensi 56.668 kasus. Sedangkan laporan STP Rumah Sakit Rawat Jalan sebanyak 37.173 kasus (hipertensi essensial) (ProfilKes.DinKes.DIY, 2018). Angka kejadian hipertensi tertinggi di DIY berada di Kabupaten Sleman dengan prevalensi 68.672 kasus berdasarkan pengukuran tekanan darah penduduk ≥ 18 tahun. (Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2017).

Kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dari hasil studi pendahuluan pada Agustus 2019 diperoleh data sepanjang tahun 2019 penduduk penderita hipertensi primer di Puskesmas Gamping I sebanyak 1.541 orang, dengan lansia perempuan yang memeriksakan diri ke Puskesmas sebanyak 208 orang dan lansia laki-laki sebanyak 175 orang (Alfiana, 2019). Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018). Pada umumnya, kejadian hipertensi banyak terjadi pada penduduk berusia lanjut namun tidak menutup kemungkinan penduduk usia remaja hingga dewasa juga dapat mengalami penyakit hipertensi karena gaya hidup dalam keluarga yang kurang sehat sehingga dapat memicu hipertensi pada anggota keluarga tersebut. Hipertensi kini telah menjadi penyakit degeneratif yang diturunkan kepada anggota keluarga yang memiliki riwayat kejadian hipertensi (Kemenkes, 2018). Sehingga dalam hal ini dampak bagi keluarga harus bisa memodifikasi gaya hidup menyesuaikan keluarga yang menderita hipertensi dan untuk pencegahan hipertensi terhadap anggota keluarga yang lain.

Penatalaksanaan hipertensi dapat dengan memodifikasi gaya hidup yang dianjurkan dalam penanganan hipertensi dan dapat juga dengan obat

anti hipertensi. Modifikasi pola hidup dengan mematuhi diet merupakan langkah pencegahan yang baik (Fitri, 2015).

Jenis-jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Gamping 1 meliputi poli umum, ruang tindakan, poli lansia, poli gigi, layanan konsultasi gizi, poli KIA, pelayanan KB, pelayanan laboratorium, pelayanan farmasi/obat, fisioterapi, psikiologi, sanitasi, dan Prolanis (pengelolaan penyakit kronis). Kegiatan Prolanis di Puskesmas Gamping 1 meliputi pengobatan dan cek kesehatan yang dilakukan tiap bulan pada minggu pertama di hari Rabu. (Alfiana, 2019) dan juga posyandu lansia setiap satu bulan sekali.

Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh seorang penderita hipertensi, karena seseorang yang sedang sakit tentunya membutuhkan perhatian dari keluarga. Keluarga dapat berperan sebagai motivator terhadap anggota keluarganya yang sakit (penderita) sehingga mendorong penderita untuk terus berpikir positif terhadap sakitnya dan patuh terhadap pengobatan yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan (Puspita dkk, 2017)

Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu keluarga mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut (Kozier dalam Manoppo dkk, 2018). Adanya informasi yang benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat (Sustrani dalam Manoppo dkk, 2018).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul "Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga dengan Hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana studi dokumentasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Mengetahui Gambaran Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga Dengan Hipertensi

2. Tujuan Khusus :

Diketahui gambaran tentang :

a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan 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 dan pendokumentasian 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 Pada Keluarga Tn. J di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta 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

1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan khususnya dalam bidang ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga dengan hipertensi.

2. Praktis

a. Bagi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

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

b. Bagi penulis selanjutnya

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi dapat di artikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan diastolnya di atas 90mmHg (Smeltzer dan bare dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

2. Etiologi

Etiologi berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

a. Hipertensi Esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi, faktor tersebut yaitu:

1. Faktor keturunan
2. Ciri perorangan
3. Kebiasaan hidup

(Kowalski dan Robet dalam Pranata dan Prabowo, 2017)

b. Hipertensi sekunder atau renal yaitu hipertensi yang di penyakit lain. merupakan 10% dan seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi

sekunder, faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain; penggunaan kontrasepsi oral, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatis) kehamilan, peningkatan tekanan intravaskuler, luka bakar dan stress (Udjianti dan Wajan dalam Pranata dan Prabowo, 2017)

3. Manifestasi Klinis

Secara umum, tekanan darah tinggi tidak terasa dan tidak mempunyai tanda tanda. Bisa jadi berlangsung selama beberapa tahun tanpa disadari oleh orang tersebut. Sering ketahuan tiba-tiba, misalnya waktu mengadakan pemeriksaan kesehatan. Kadang tanda tekanan darah tinggi yang di gambarkan itu adalah sakit kepala, pusing, gugup, dan palpitasi (Knight, dalam Pranata dan Prabowo, 2017). Pada sebagian orang, tanda pertama naiknya tekanan darahnya ialah sesak nafas waktu kerja keras. Ini menunjukan bahwa otot jantung itu sudah turut berpengaruh sehingga tekanan sudah berkurang yang ditandai dengan sesak nafas. Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pemburuh darah, dan pada kasus berat, edema pupil dan penglihatan kabur (Knigh, dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

Hipertensi tidak memberikan tanda-tanda pada tingkat awal. Kebanyakan orang menggira sakit kepala terutaman pada pagi hari, pusing, berdebar debar, dan berdengung telinga merupakan tanda hipertensi.tanda tersebut sesungguhnya dapat terjadi pada tekanan darah

normal, bahkan seringkali tekanan darah yang relatif tinggi tidak memiliki tanda tersebut. Cara yang tepat untuk meyakinkan seseorang memiliki tekanan darah tinggi adalah dengan mengukur tekanannya. Hipertensi telah berlangsung beberapa tahun, akan pandangan mata kabur dan mengganggu tidur (Soeharto dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

4. Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Sistolik	Diastolik
Tanpa Diabetes/CKD		
- ≥60 th	<150	<90
- ≤60 th	<140	<90
Dengan Hipertensi/CKD		
- Semua umur dengan DM tanpa CKD	< 140	< 90
- Semua umur dengan CKD dengan/tanpa DM	< 140	< 90

Sumber : JNC VIII dalam Fitri, 2015

5. Faktor risiko

Faktor risiko hipertensi bukanlah penyebab dari timbulnya penyakit hipertensi. faktor risiko hanyalah pemicu munculnya suatu penyakit. Berikut ini adalah faktor risiko timbulnya hipertensi :

a. Faktor genetik

Faktor genetik di sini merupakan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor genetik ini memainkan peran penting dalam hipertensi primer (esensial). Faktor-faktor tersebut meliputi beberapa hal seperti di bawah ini: (Dewi dan Familia, 2014)

1) Faktor usia

Hipertensi umumnya berkembang di usia antara 35 sampai 55 tahun. semakin tua usia seseorang, maka pengaturan metabolisme zat kapurnya (kalsium) terganggu. Hal ini menyebabkan banyaknya zat kapur yang beredar bersama aliran darah. Akibatnya, darah menjadi lebih padat dan tekanan darah pun meningkat.

2) Faktor keturunan

Pada 70-80% kasus hipertensi esensial, terdapat riwayat hipertensi dalam keluarga. Jika kedua orang tua menderita hipertensi, maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. Kasus hipertensi juga banyak ditemukan pada kembar monozigotik, apabila salah satunya menderita hipertensi. Ini menunjukkan bahwa faktor genetik berperan dalam kemunculan penyakit hipertensi.

3) Etnis

Hipertensi lebih sering terjadi pada orang yang berkulit hitam daripada yang berkulit putih. Penyebabnya secara pasti belum diketahui tetapi pada orang kulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitivitas terhadap vasopresin lebih besar.

4) Jenis kelamin

Pada umumnya risiko hipertensi pada pria lebih tinggi daripada wanita. Namun, pada usia pertengahan dan lebih tua, kejadian hipertensi pada wanita akan meningkat. Ini berkaitan dengan masa pramenopause yang dialami perempuan yang mengakibatkan

tekanan darah cenderung naik. Sebelum menopause wanita relatif lebih terlindungi dari penyakit kardiovaskuler karena adanya hormon estrogen. Sementara itu, kadar estrogen menurun pada wanita yang memasuki masa menopause. Dengan demikian risiko hipertensi pada wanita pada usia di atas 65 tahun menjadi lebih tinggi.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan dapat meningkatkan risiko penyakit hipertensi. Faktor lingkungan disini meliputi faktor-faktor yang dapat dimodifikasi. Dengan demikian, suatu perubahan gaya hidup dan lingkungan dimungkinkan dapat menurunkan potensi terkena hipertensi. Faktor lingkungan antara lain stres, obesitas, kurang olahraga, merokok, konsumsi alkohol, dan lain-lain.

6. Komplikasi

Stroke timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajang tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarai otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Corwin dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritma, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Corwin dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik kaloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik (Corwin dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki, dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan didalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan di tungkai

menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema (Amir, dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang intertisum diseluruh susunan saraf pusat. Neron-neron disekitarnya kolap dan terjadi koma serta kematian (Corwin dalam Pranata dan Prabowo, 2017).

7. Penatalaksanaan

Terapi dari hipertensi terdiri dari terapi farmakologis dan non farmakologis seperti penjelasan dibawah ini :

a. Terapi non farmakologis

- 1) Menurunkan berat badan bila status gizi berlebih. Peningkatan berat badan di usia dewasa sangat berpengaruh terhadap tekanan darahnya. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi.

- 2) Meningkatkan aktivitas fisik

Orang yang aktivitasnya rendah beresiko terkena hipertensi 30-50% daripada yang aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi.

3) Mengurangi asupan natrium

Dengan menerapkan pola asupan makanan yang rendah garam, dan bergizi seimbang. Apabila diet tidak membantu dalam 6 bulan, maka perlu pemberian obat anti hipertensi oleh dokter.

4) Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol

Karena kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat meningkatkan resiko hipertensi (Pranata dan Prabowo, 2017).

b. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis yaitu obat anti hipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosteron antgonis, beta blocker, calcium chanel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Antagonist II Receptor blocker atau ATI receptor antagonist /blocker (ARB) (Pranata dan Prabowo, 2017).

B. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman dalam Nadirawati,2018). Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri,

atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. (undang-undang nomor 52 tahun 2009, dalam Nadirawati,2018).

2. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman dalam Achjar (2012) yaitu:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami setiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit setiap anggota keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi biologis / reproduksi

Fungsi biologis bukan hanya ditunjukkan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarakan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya.

f. Fungsi psikologis

Fungsi psikologis terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

3. Tipe Keluarga

Tipe keluarga dalam Nadirawati,2018 sebagai berikut :

a. Tradisional

1) *The Nuclear Family* (Kelarga Inti)

Keluarga terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orangtua atau kelahiran. Keluarga terdiri dari suami, istri, anak, baik dari sebab biologis maupun adopsi.tipe keluarga inti di antaranya

a) *The Dyad Family* (keluarga tanpa Anak)

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

b) *The childless Family*

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

c) Keluarga Adopsi

Keluarga adopsi adalah keluarga yang mengambil tanggungjawab secara sah dari orangtua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.

2) *The Extended Family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, seperti Nuclear family disertai paman, tante, orangtua (kakek-nenek), keponakan, dan lain-lain.

3) *The Single-Parent Family* (Keluarga orangtua Tunggal)

Keluarga yang terdiri dari satu orangtua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi melalui proses perceraian, kematian, atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

4) *Commuter Family*

Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat *weekends* atau pada waktu-waktu tertentu.

5) *Multigenerational Family*

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

6) *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.

7) Keluarga campuran (*Blended Family*)

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

8) Dewasa lajang yang tinggal sendri

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.

9) *Foster Family*

Keluarga foster merujuk pada pelayanan yang diberikan kepada suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya. Anak-anak biasanya ditempatkan *Foster Home* jika orang tua dinyatakan tidak bisa merawat anak-anak mereka dengan baik karena sesuatu hal. Pada kebanyakan kasus, penempatan anak dirumah penampunga bersifat sementara dan jika dinyatakan orangtua sudah mampu merawat anaknya maka anak-anak tersebut akan dikembalikan kepada orang tuanya.

10) Keluarga Binuklir

Keluarga Binuklir merujuk pada bentuk keluarga setelah cerai dimana anak menjadi anggota dari suatu sistem yang terdiri dari dua rumah tangga inti, ibu dan ayah dengan berbagai macam kerja sama antara keduanya serta waktu yang digunakan dalam setiap rumah tangga.

b. Non Tradisional

Bentuk keluarga non tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain. Bentuk keluarga non tradisional yang paling umum saat ini adalah :

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *The Step Parent Family*

Keluarga dengan orangtua tiri.

3) *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

4) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family* (Keluarga Kumpul Kebo Heteroseksual) Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa pernikahan.

5) *Gay and Lesbian Families*

Seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana *marital partners*

6) *Cohabitatng Family*

Orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

7) *Group Network Family*

Keluarga ini yang dibatasi oleh set aturan-nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggungjawab membesarkan anaknya.

8) *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual, dan mebesarkan anaknya.

9) *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bentuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.

10) *Homeless Family*

Keluarga yang tebentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau problem kesehatan mental.

11) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

4. Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam Muhlisin (2012) struktur keluarga terdiri atas:

a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi :

- 1) Bersifat terbuka dan jujur
- 2) Selalu menyelesaikan konflik keluarga
- 3) Berfikir positif
- 4) Tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri.

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Berikut perilaku peran anggota keluarga :

- 1) Peranan ayah : pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungannya.
- 2) Peranan ibu : mengurus rumah tangga, pengasuh dna pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, serta bisa berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- 3) Peranan anak : melaksanakan peranan psiko sosia; sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik,mental sosial dan spiritual.

c. Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain kearah positif.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai keluarga merupakan suatu sistem,sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pendoman perilaku dan pendoman bagi perkembangan norma peraturan.

Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

5. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan 5 tugas keluarga sebagai paparan etiologi atau penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II apabila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah (Achjar, 2012) :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan

penyakit, pengertian, tanda dan gejala faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai surat dan luasan masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat, atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlakukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, arti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah

pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

6. Tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Nies dan McEwen (2019)

- a. Keluarga pemula atau pasangan baru

Perkawinan dari sepasang insan menandakan bermulanya sebuah keluarga baru, keluarga yang menikah atau prokreasi dan perpindahan dari lajang ke hubungan baru yang intim.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

- 1) Menciptakan sebuah perkawinan yang saling memuaskan
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- 3) Merencanakan keluarga

- b. Keluarga menanti kelahiran anak

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama sampai bayi berusia 30 bulan.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

- 1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga)
- 2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orangtua dan kakek-nenek.

c. Keluarga dengan anak usia prasekolah

Tahap perkembangan ini siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan.
- 2) Mensosialisasikan anak
- 3) Memenuhi kebutuhan anak
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

- 1) Mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan anak sebaya yang sehat.
- 2) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- 3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

e. Keluarga dengan anak remaja

Ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, tahap ini berlangsung selama 6 hingga 7 tahun, meskipun tahap ini dapat lebih

singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga 19 atau 20 tahun.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

1) Menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri.

2) Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.

3) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak

f. Keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda

Permulaan dari fase ini ditandai oleh anak pertama sampai ketika anak terakhir meninggalkan rumah orangtua. Tahap ini dapat berjalan singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang ada dalam rumah. Pada banyak keluarga di Indonesia tahap ini tidak dilampui karena akan ada anak yang menemani orangtuanya walaupun telah menikah.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

1) Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak.

2) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.

3) Membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan baik dari pihak suami maupun istri.

g. Keluarga lansia

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal, dan berakhir dengan pasangan lain meninggal.

Tugas dalam perkembangan keluarga :

- 1) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
- 2) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan.
- 4) Menyesuaikan dari terhadap kehilangan pasangan.
- 5) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
- 6) Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka.

C. Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi

1. Pengkajian

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

- Pengkajian keperawatan dalam keluarga memiliki dua tahapan. Pengkajian, tahap satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga, pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Variabel data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup :
- a. Identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, komposisi anggota keluarga, alamat, agama, suku, bahasa sehari-hari, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.
 - b. Kondisi kesehatan semua anggota keluarga terdiri dari nama, hubungan dengan keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital, status imunisasi dasar, dan penggunaan alat bantu atau protesa serta status kesehatan anggota keluarga saat ini meliputi keadaan umum, riwayat penyakit atau alergi.
 - c. Data pengkajian individu yang mengalami masalah kesehatan (saat ini sedang sakit) meliputi nama individu yang sakit, keluhan masalah hipertensi, rujukan dokter atau rumah sakit, istirahat dan tidur, status mental, komunikasi dan budaya, kebersihan diri, perawatan diri sehari-hari dan data penunjang medis individu yang sakit.
 - d. Data kesehatan lingkungan mencakup sanitasi lingkungan pemukiman antara lain ventilasi, penerangan, kondisi lantai, tempat pembuangan sampah, dll.

- e. Struktur keluarga mencangkup struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan.
- f. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga, variabel perkembangan keluarga ini akan menjawab tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga.
- g. Fungsi keluarga terdiri dari aspek instrumental dan ekspresif, aspek instrumental adalah aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, tidur, pemeliharaan kesehatan. Aspek ekspresif fungsi keluarga adalah fungsi emosi, komunikasi, pemecahan masalah, keyakinan dan lain-lain.

Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga meliputi:

- a. Sumber data dalam pengkajian keperawatan keluarga dapat diperoleh dari wawancara dengan keluarga berkaitan dengan kejadian sebelumnya dan kejadian sekarang.
- b. Sumber data keluarga dapat juga diperoleh dari informasi yang tertulis atau lisan dari berbagai agensi yang berhubungan dengan keluarga atau informasi dari anggota kesehatan lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggungjawab melaksanakannya. diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga,

lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga dan coping keluarga baik yang bersifat aktual resiko maupun sejahtera dimana perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan Keperawatan bersama-sama dengan keluarga dan berdasarkan kemampuan sumber daya keluarga.

3. Perencanaan

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

a. Menetapkan prioritas masalah

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

Tabel 2.2 Skala untuk menentukan prioritas (Maglaya, 2009)

No.	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Skala: Wellness	3	
	Aktual	3	1
	Risiko	2	
	Potensial	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Skala: Mudah	2	2
	Sebagian	1	

	Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		
	Skala: Tinggi	3	1
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		
	Skala: Segera	2	1
	Tidak perlu	1	
	Tidakdirasakan	0	

Sumber: Riasmini dkk, 2017

Cara skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
 - 2) Skor dibagi dengan makna tertinggi dan kalikanlah dengan bobot.
 - 3) Jumlahkanlah skor untuk semua kriteria.
- b. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas :
- 1) Kriteria yang pertama, yaitu sifat masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
 - 2) Kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
 - a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
 - b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
 - d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

- 3) Kriteria ketiga, yaitu potensi masalah dapat dicegah. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah :
 - a) Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - b) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - c) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - d) Adanya kelompok *high risk*.
- 4) 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.

4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan yang ditunjukkan pada keluarga meliputi:

- a. Meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- b. Membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat untuk individu dengan cara mengidentifikasi konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.

- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah, mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- d. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga, melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- e. Motivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara mengenalkan fasilitas yang ada di lingkungan keluarga, membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

5. Evaluasi

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

D. Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

1. Diagnosa

Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

Menurut NANDA (2015-2017), meliputi :

a. Definisi

Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu.

b. Batasan karakteristik

- 1) Akselerasi gejala penyakit
- 2) Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko
- 3) Kesulitan dalam regimen yang ditetepkan
- 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

2. Perencanaan

Menurut *Nursing Outcomes Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) (2015) kriteria hasil dari ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sebagai berikut :

Tabel 2.3 NOC Manajemen Regimen Terapeutik Keluarga, Ketidakefektifan

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 anggota yang terkena dampak 3. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga 4. Memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga 5. Memenuhi kebutuhan perkembangan dari anggota keluarga 6. Mempertahankan aktivitas dan rutinitas yang tepat 7. Menyediakan aktivitas yang sesuai dengan usia dan kemampuan anggota keluarga yang terkena dampak 8. Membentuk lingkungan yang digunakan untuk menghindari rasa malu yang menghinggapi anggota yang terkena dampak
Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan 2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan 3. Memperoleh informasi yang diperlukan 4. Bekerja sama dalam menentukan perawatan 5. Berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan 6. Mengevaluasi efektifitas perawatan
Dukungan keluarga selama perawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota keluarga mengungkapkan keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit 2. Anggota keluarga mengekspresikan perasaan dan emosi sebagai kepedulian kepada anggota keluarga yang sakit 3. Anggota keluarga mempertahankan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit 4. Anggota keluarga memberikan dorongan kepada anggota keluarga yang sakit 5. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan 6. Memberikan informasi yang akurat kepada anggota keluarga yang lain

Sumber: *Nursing outcome classification* 2013

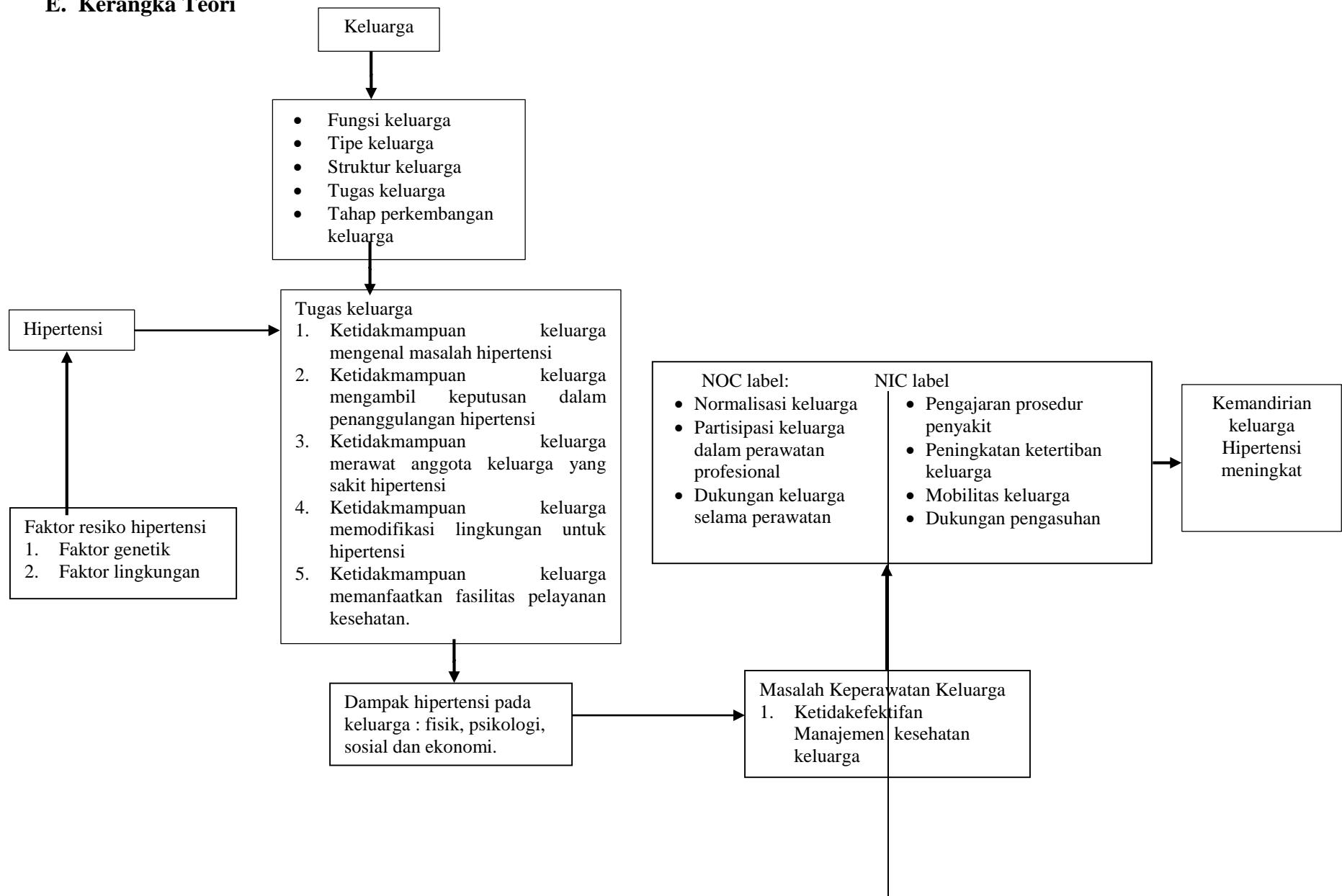
Tabel 2.4 NIC Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga

NIC	Intervensi:
Pengajaran prosedur perawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada pasien atau orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan dilakukan 2. Kaji pengalaman pasien sebelum dan tingkat pengetahuan pasien terkait tindakan yang akan dilakukan 3. Ajarkan pada pasien bilaharus berpatisipasi dalam kegiatan tersebut 4. Diskusikan pilihan tindakan yang memungkinkan 5. Libatkan keluarga jika memungkinkan
Peningkatan ketertiban keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun hubungan pribadi dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan 2. Ciptakan budaya fleksibel untuk keluarga 3. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien 4. Antifikasi dan antisipasi kebutuhan keluarga
Mobilitas keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadilah pendengar yang baik untuk anggota keluarga 2. Bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga 3. Tentukan kekuatan dan sumber daya keluarga untuk belajar 4. Ajarkan pemberi perawatan di rumah mengenai terapi pasien yang sesuai ketidak efektifan manajemen manajemen kesehatan keluarga
Dukungan pengasuhan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat pengetahuan <i>caregiver</i> 2. Mengkaji tingkat penerimaan <i>caregiver</i> terkait dengan perannya 3. Menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan <i>caregiver</i> 4. Menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien 5. Mengajarkan <i>caregiver</i> mengenai pemberian terapi bagi pasien 6. Monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien

Sumber: *Nursing interventions classification 2013*

Gambar 2.1 Kerangka Teori

E. Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Studi Kasus

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. Objek Studi Kasus

Objek 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 tinggi, dimana tekanan darah sistol ≥ 130 dan diastole lebih dari ≥ 60 mmHg saat diukur oleh perawat pada anggota keluarga
2.	Keluarga	Sekumpulan orang yang tinggal satu rumah dalam ikatan pernikahan, darah dan saling kebergantungan di Dusun Mejing Kidul, Ambarketawang
3.	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga	Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga untuk penanganan dan pengobatan hipertensi yang tidak memuaskan dalam perawatan 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

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang 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

Teknik analisa data menggunakan teknik 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)

Merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dan diberikan sebelum dilakukannya studi kasus.

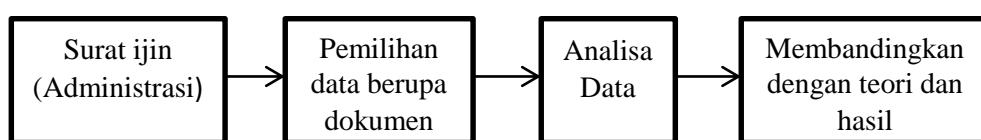
2. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Untuk menjaga kerahasiaan, penulis tidak menuliskan nama responden tetapi hanya menuliskan inisial.

3. *Confidentially* (kerahasiaan)

Penulis menjamin kerahasiaan terkait informasi responden dan melaporkan data untuk kepentingan pengobatan serta studi kasus.

I. Kerangka Alur Penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

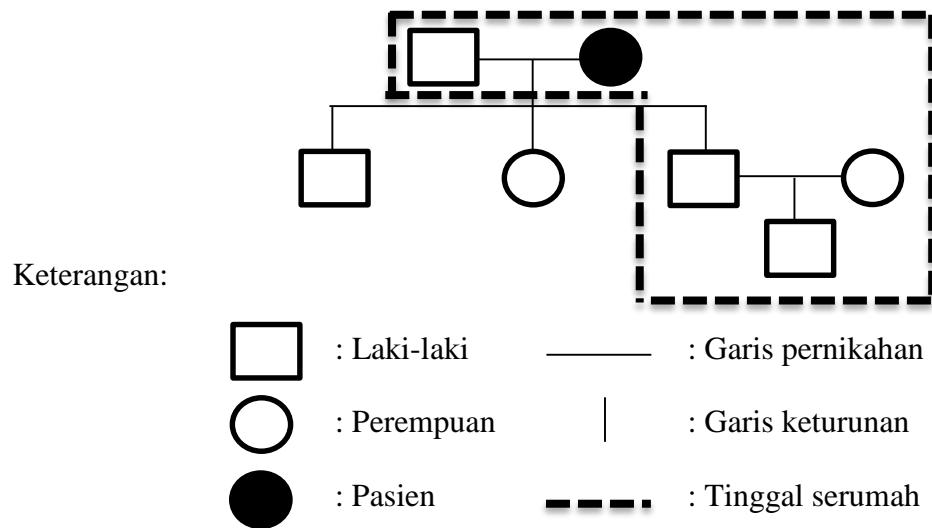
Asuhan keperawatan yang tertulis dalam KTI atas nama Ristiana Mawarti yang ditulis pada tahun 2016. Pengkajian dilakukan hari Kamis, 21 Juli 2016 di keluarga Tn. J yang beralamat di Mejing Kidul, RT 04 / RW 09, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta. Tn. J berumur 61 tahun, Ny. J 60 tahun. Keduanya beragama islam dan menempuh pendidikan terakhir SD. Tn. J bekerja sebagai buruh sedangkan Ny. J sebagai ibu rumah tangga. Tipe keluarga Tn. J termasuk *extended family* yaitu keluarga yang tinggal dalam satu rumah adalah keluarga inti dan anak yang sudah menikah memiliki istri dan anak, tetapi dari data studi dokumentasi asuhan keperawatan hanya diperoleh dua responden yaitu Tn. J dan Ny. J yang seharusnya didalam asuhan keperawatan keluarga semua keluarga harus terkaji apalagi keluarga tipe *extended family* dengan tiga generasi dalam satu rumah seharusnya peran anak dan cucu harus terkaji dan dilibatkan dalam proses asuhan keperawatan keluarga.

Tahap perkembangan keluarga memasuki tahap keluarga usia lanjut dan untuk tugas perkembangan keluarga sudah terpenuhi yang meliputi menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang ditandai dengan Ny. J dan Tn. J sudah tidak bekerja dan menggantungkan penghasilan dari kiriman anaknya yang bekerja di Jakarta, kemudian menerima kehilangan

pasangan dalam hal ini belum terjadi, mempertahankan kontak dengan masyarakat dan menemukan arti hidup ditandai dalam pengkajian fungsi sosial keluarga bahwa keluarga Tn. J berhubungan baik dengan masyarakat. Hal ini sejalan dengan tugas perkembangan keluarga pada tahap usia lanjut yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan dari terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka.

Berikut adalah genogram keluarga Tn. J :

Gambar 4.1 Genogram keluarga Tn. J



Dari hasil pengkajian laporan asuhan keperawatan diperoleh data bahwa Tn. J menderita gastritis sejak ± 5 bulan yang lalu. Keluarga Tn. J mengatakan sudah memberikan makanan untuk Tn. J tetapi Tn. J hanya makan satu kali setiap hari dan sering tidak nafsu makan dan juga mual. Keluarga Tn. J mengatakan Tn. J

tidak pernah mengikuti posyandu lansia dan juga keluarga Tn. J mengatakan Tn. J terkadang sulit untuk disuruh periksa ke pelayanan kesehatan saat sakit.

Dari data pengkajian laporan asuhan keperawatan diperoleh data bahwa Ny. J menderita hipertensi sejak 6 tahun yang lalu dan saat dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil 130/80 mmHg (setelah minum amplodipine 10 mg). Keluarga Tn. J mengatakan sudah mengerti pengertian hipertensi tapi belum mengerti tentang makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari dan juga selama ini belum melakukan senam hipertensi kemudian apabila ada keluarga Tn. J ada yang mengeluhkan sakit langsung diperiksakan ke Puskesmas Gamping I tetapi dalam laporan asuhan keperawatan tidak ada penjelasan mengenai siapa yang mengantar Ny. J ke puskesmas atau Ny. J berangkat sendiri saat periksa ke puskesmas.

Keluarga Tn. J mengatakan selalu mensyukuri kehidupan yang dijalani dan selalu menjaga hubungan baik antar anggota keluarga, selain itu keluarga Tn. J mengatakan kecukupan penghasilan keluarganya belum terpenuhi, penghasilan keluarga yang didapat hanya dari kiriman anaknya yang merantau bukan dari anaknya yang serumah dan juga karena Tn. J dan Ny. J sudah tidak bekerja lagi, maka dari itu Ny. J membelanjakannya dengan hemat. Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan :

1. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga, dengan perolehan skor 4 2/3
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dengan perolehan skor 3

3. Kesiapan meningkatkan menejemen kesehatan keluarga tumbuh kembang lansia, dengan perolehan skor 3 1/3

Rencana keperawatan dengan tujuan untuk mencapai keefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan harapan keluarga Tn. J mampu merawat Ny. J yang menderita hipertensi dengan kriteria hasil keluarga Tn. J mampu menyebutkan makanan yang dianjurkan dan juga yang dihindari untuk penderita hipertensi, Keluarga Tn. J dapat memasak sendiri makanan yang rendah garam dan Ny. J dapat melakukan senam hipertensi dengan benar. Diharapkan tujuan tersebut tercapai dengan dilakukannya intervensi berupa kontrak waktu dengan keluarga, beri informasi tentang makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi, beri informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam sendiri, dan ajarkan senam hipertensi kepada Ny. J.

Implementasi yang dilakukan pada laporan asuhan keperawatan pada hari pertama Kamis, 21 Juni 2016 adalah melakukan kontrak waktu dengan keluarga. Implementasi pada hari kedua Jumat, 22 Juni 2016 yaitu memberi informasi tentang makanan yang dianjurkan dan yang dihindari oleh penderita hipertensi, dan mendiskusikan dengan keluarga untuk mengolah makanan rendah garam sendiri kemudian pada hari ke ketiga Sabtu, 23 Juni 2016 mengajarkan Ny. J senam hipertensi.

Evaluasi proses pada laporan asuhan keperawatan pada hari Kamis, 21 Juni 2016 yaitu keluarga Tn. J menyetujui untuk bertemu lagi hari jumat jam 07.30

WIB. Pada hari kedua Jumat, 22 Juni 2016 diperoleh evaluasi proses keluarga Tn. J menyebutkan 4 dari 6 makanan yang harus dihindari dan dianjurkan oleh penderita hipertensi dengan benar, dan keluarga mengatakan sudah memasak makanan rendah garam. Pada hari ketiga Sabtu, 23 Juni 2016 diperoleh data evaluasi proses bahwa Ny. J sudah melakukan senam hipertensi dengan benar, Ny. J mengatakan merasa badannya lebih segar setelah melakukan senam hipertensi, dan ketika dilakukan pengecekan tekanan darah diperoleh hasil 130/80 mmHg. Evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang tercantum dalam laporan asuhana keperawatan dengan tujuan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi efektif tercapai dengan hasil keluarga mampu menyebutkan makanan yang dianjurkan dan yang dihindari oleh penderita hipertensi, keluarga mengatakan sudah memasak makanan rendah garam, Ny. J telah melakukan senam hipertensi dengan benar.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada studi kasus dengan gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga Tn. J dengan hipertensi yang dilaksanakan pada 21-23 Juni 2016 diperoleh data bahwa di keluarga Tn. J terdapat salah satu anggota yang menderita hipertensi yaitu Ny. J yang berusia 60 tahun, Ny. J menderita hipertensi yang merupakan penyakit keturunan dari kedua orangtuanya, secara etiologi hipertensi yang diderita oleh Tn. J tergolong hipertensi esensial atau primer yaitu hipertensi yang disebabkan karena faktor keturunan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Suparta dan

Rasmi (2018) hubungan genetik dengan kejadian hipertensi di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang terhadap 53 responden dengan kejadian hipertensi yang memiliki genetik (riwayat hipertensi dalam keluarga) sebanyak 28 responden (70,0%). Keluarga mengatakan Ny. J menderita hipertensi sejak 6 tahun yang lalu tapi melakukan cek kesehatan rutin terkait hipertensinya baru 1 tahun yang lalu, sehingga dapat disimpulkan bahwa keluarga kurang perhatian pada penyakit yang diderita, hal ini sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yang salah satunya menyatakan kurang perhatian pada penyakit.

Dari laporan asuhan keperawatan diperoleh data bahwa Ny. J melakukan kontrol rutin setiap 10 hari sekali di Puskesmas Gamping 1, tetapi dalam penulisan laporan asuhan keperawatan tidak dicantumkan keterangan peran keluarga saat kontrol rutin, jadi tidak diketahui apakah Ny. J berangkat sendiri atau diantar oleh keluarganya. Seperti yang dipaparkan dalam penelitian Fuady, N.R.A. (2017) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup, dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan hipertensi sehingga dapat mencapai tujuan dari pengobatan hipertensi itu sendiri. Ny. J minum obat secara rutin dan sesuai dosis yang diberikan oleh puskesmas, biasanya diberi obat amlodipine 10 mg sehari sekali dan ibuprofen 400 mg dua kali sehari sesuai resep dari dokter puskesmas. Hal ini

sejalan dengan penelitian Lerebulan, E.F. dan Matulessy, Y. (2018) yang menunjukkan bahwa obat yang paling banyak digunakan Di Rs. X Kota Sorong Periode Januari-Juni Tahun 2018 adalah amlodipin dengan presentase (45,8%).

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh dari laporan asuhan keperawatan Ny. J sering mengeluhkan pusing dan pegal di bagian tengukuk dan pundak. Saat dilakukan pengukuran tekanan darah pada Ny. J diperoleh hasil 130/80 mmHg, seperti pada manifestasi klinis hipertensi menurut Knight, dalam Pranata dan Prabowo (2017) secara umum, tekanan darah tinggi tidak terasa dan tidak mempunyai tanda-tanda. Bisa jadi berlangsung selama beberapa tahun tanpa disadari oleh orang tersebut. Sering ketahuan tiba-tiba, misalnya waktu mengadakan pemeriksaan kesehatan. Kadang tanda tekanan darah tinggi yang di gambarkan itu adalah sakit kepala, pusing, gugup, dan palpitas. Jadi berdasarkan data studi dokumentasi tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa medis hipertensi.

Dari hasil pengkajian pada laporan asuhan keperawatan diperoleh data bahwa keluarga Tn. J mengatakan belum mengerti tentang makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi dan masakan yang dihidangkan dalam keluarga dimasak oleh Ny. J tidak mengurangi pemberian garam pada masakan, sehingga dalam pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga belum memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan dikarenakan ketidaktepatan aktivitas atau pengelolaan diit keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan seperti pada batasan karakteristik diagnosa

keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori Mapagerang, R., dkk (2018) yang menyatakan jika pengetahuan responden tentang cara mengontrol diet rendah garam kurang maka cenderung mengkonsumsi makanan yang tinggi garam tanpa memperdulikan kesehatan tubuhnya, begitupun sebaliknya jika pengetahuan responden baik tentang cara mengontrol diet rendah garam maka responden akan mencegah atau menghindari makanan yang tinggi garam.

Dari laporan asuhan keperawatan keluarga diperoleh data bahwa Ny. J mengatakan belum melakukan senam hipertensi, sehingga dalam melakukan tindakan mengurangi faktor risiko belum tercapai. Hal tersebut sangat disayangkan karena seperti dalam penelitian Thei, A.D.S., dkk. (2017) menyatakan bahwa ada pengaruh senam ergonomik terhadap penurunan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi di UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang, dibuktikan dengan hasil *uji wilcoxon* yaitu nilai $p = 0,000$ dengan $a = 0,05$, maka $p < 0,05$ artinya ada penurunan tekanan darah responden setelah melakukan senam ergonomik.

Dari hasil laporan asuhan keperawatan keluarga di pengkajian fungsi keluarga pada bagian fungsi ekonomi didapatkan data bahwa keluarga Tn. J tercukupi untuk kebutuhan sehari-harinya dari pemberian anak-anaknya yang merantau sedangkan dalam pengkajian faktor sosial, ekonomi, dan budaya pada bagian aspek kecukupan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, keluarga Tn. J mengatakan kondisi ekonomi keluarga merasa belum

tercukupi maka Ny. J harus lebih berhemat dalam membelanjakan kebutuhan keluarga.

Berdasarkan kedua data hasil pengkajian tersebut data yang disampaikan kurang koheren sehingga data yang dituliskan di laporan asuhan keperawatan keluarga kurang kuat. Tapi apabila dilihat dari jumlah penghasilan keluarga dalam setiap bulannya sebesar Rp500.000,00 – Rp600.000,00, sedangkan penggunaan dana keluarga per-bulannnya mencapai Rp600.000,00 kemudian dari segi tabungan keluarga Tn. J tidak memiliki tabungan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga Tn. J berhubungan dengan kesulitan ekonomi seperti pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga salah satu faktor yang berhubungan yaitu kesulitan ekonomi. Hal ini sejalan dengan penelitian Conen, D. (2009) menjelaskan bahwa status sosial ekonomi yang rendah dapat menyebabkan hipertensi karena adanya pengaruh akses ke pelayanan bekualitas, diet, dukungan sosial, stres emosional, dan lingkungan tetangga yang tidak menguntungkan.

Dari pengkajian 5 tugas keluarga aspek yang belum tercapai yaitu kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dibuktikan dengan keluarga belum mampu mengolah diit untuk penderita hipertensi dan belum melaksanakan senam hipertensi. Hal ini sejalan dengan teori (Fuady, N.R.A. 2017) Adanya dukungan keluarga menyebabkan lansia penderita hipertensi

kemudian memiliki kebiasaan yang baik dalam menjaga pola hidupnya sehingga tidak jatuh kedalam kondisi yang lebih buruk.

Penegakan diagnosa ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga sudah tepat karena 3 dari batasan karakteristik yang terdapat pada NANDA (2017) sudah muncul, yakni ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan dibuktikan dengan keluarga Tn. J belum mengetahui tentang makanan yang dianjurkan dan yang dihindari untuk penderita hipertensi, kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko dibuktikan dengan Ny. J belum melakukan senam hipertensi, dan kurang perhatian pada penyakit dibuktikan dengan Ny. J telah menderita hipertensi sejak 6 tahun yang lalu tapi baru melakukan periksa rutin di Puskesmas Gamping I sejak 1 tahun yang lalu, dengan faktor yang berhubungan karena kesulitan ekonomi dibuktikan dengan hasil pengkajian faktor sosial, ekonomi, dan budaya pada bagian aspek kecukupan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, keluarga Tn. J mengatakan kondisi ekonomi keluarga merasa belum tercukupi.

Berdasarkan teori Maglaya (2009) tahap penyusunan perencanaan keperawatan keluarga yang pertama adalah menetapkan prioritas masalah menggunakan skala menyusun prioritas. Pada kasus ini diagnosa keperawatan sudah di prioritaskan menggunakan skala untuk menentukan prioritas.

Pemrioritasan masalah sudah dilakukan dengan benar. Skoring kriteria sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah sudah benar dan didukung pemberian yang sesuai.

Rencana keperawatan yang diberikan kepada keluarga Tn. J berdasarkan laporan asuhan keperawata keluarga yaitu dengan tujuan keluarga Tn. J mampu merawat Ny. J yang menderita hipertensi dengan kriteria hasil : keluarga Tn. J mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi dengan benar, keluarga Tn. J mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi dengan benar, keluarga Tn. J dapat memasak sendiri makanan yang rendah garam, dan Ny. J dapat melakukan senam hipertensi dengan benar. Tindakan tersebut mengacu pada perencanaan 5 KMK, apabila mengacu pada buku *Nursing Outcomes Classification* (NOC) disusun oleh Moorhead, S., dkk (2013) jika disesuaikan terhadap kasus pada laporan asuhan keperawatan maka tujuan asuhan keperawatan yang dipilih yaitu partisipasi keluarga dalam perawatan profesional yang meliputi : berpartisipasi dalam perencanaan perawatan, berpartisipasi dalam menyediakan perawatan, memperoleh informasi yang diperlukan, bekerja sama dalam menentukan perawatan, berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan, mengevaluasi efektifitas perawatan.

Dari beberapa tujuan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada laporan asuhan keperawatan keluarga maka tujuan yang belum sesuai dengan buku NOC yaitu keluarga berpartisipasi dalam menyediakan perawatan, dibuktikan pada laporan asuhan keperawatan peran aktif keluarga dalam proses perawatan kurang terkaji, data yang tercantum lebih memfokuskan pada Ny. J sebagai penderita hipertensi. Sedangkan tujuan yang sudah sesuai yaitu keluarga berpartisipasi

dalam perencanaan perawatan ditandai dengan tujuan keluarga Tn. J dapat memasak sendiri makanan yang rendah garam, keluarga memperoleh informasi yang diperlukan dibuktikan dengan adanya tujuan keluarga Tn. J mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi dengan benar dan keluarga Tn. J mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi dengan benar, bekerja sama dalam menentukan perawatan ditandai dengan dipilihnya kegiatan senam hipertensi untuk Ny. J, berpartisipasi dalam tujuan bersama terkait dengan perawatan ditandai dengan tujuan keluarga Tn. J dapat memasak sendiri makanan yang rendah garam, dan mengevaluasi efektifitas perawatan ditandai dengan setiap tindakan yang dilakukan evaluasi proses.

Untuk intervensi pada laporan asuhan keperawatan keluarga yaitu kontrak waktu dengan keluarga, beri informasi tentang makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi, beri informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, diskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam, dan ajarkan Ny. J senam hipertensi. Tindakan tersebut mengacu pada perencanaan 5 KMK, apabila mengacu pada buku *Nursing Interventions Classification* (NIC) yang disusun oleh Bulechek, dkk (2013) yang disesuaikan terhadap kasus pada laporan asuhan keperawatan maka intervensi yang dipilih yaitu dukungan pengasuhan yang meliputi : mengkaji tingkat pengetahuan *caregiver*, mengkaji tingkat penerimaan *caregiver* terkait dengan perannya, menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan *caregiver*,

menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien, mengajarkan *caregiver* mengenai pemberian terapi bagi pasien, dan monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien.

Dari beberapa intervensi yang telah dilakukan pada laporan asuhan keperawatan keluarga maka tindakan yang belum sesuai dengan buku NIC yaitu mengkaji tingkat penerimaan *caregiver* terkait dengan perannya dibuktikan dengan didalam laporan asuhan keperawatan tidak terkaji tentang bagaimana respon dan peranan anggota keluarga terhadap tindakan asuhan keperawatan, mengajarkan *caregiver* mengenai pemberian terapi bagi pasien dibuktikan dengan intervensi melakukan senam hipertensi pada laporan asuhan keperawatan hanya melibatkan Ny. J tanpa melibatkan anggota keluarga lainnya, monitor interaksi keluarga dalam permasalahan berkaitan dengan pasien dibuktikan dengan didalam laporan asuhan keperawatan keluarga tidak terkaji bagaimana interaksi dalam keluarga selama asuhan keperawatan sehingga yang seharusnya asuhan keperawatan keluarga melibatkan semua anggota keluarga tapi dalam laporan ini masih didominasi oleh Ny. J sebagai penderita hipertensi. Sedangkan intervensi yang sudah sesuai yaitu menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan *caregiver* ditandai dengan adanya inttervensi diskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam, dan menyediakan informasi mengenai pasien sesuai dengan apa yang menjadi keinginan pasien ditandai dengan adanya intervensi beri informasi tentang makanan yang

dianjurkan untuk penderita hipertensi dan beri informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi.

Implementasi yang dilakukan pada laporan asuhan keperawatan kepada keluarga Tn. J yaitu melakukan kontrak waktu dengan keluarga Tn. J, memberi informasi tentang makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi, memberi informasi tentang makanan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, mendiskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah makanan rendah garam, dan mengajarkan Ny. J senam hipertensi. Hal ini didukung dengan penelitian Thei, A.D.S., dkk. (2017) menyatakan bahwa dengan melakukan senam ergonomik dapat melancarkan sirkulasi darah, melancarkan suplai oksigen keseluruh tubuh dan dapat mencapai relaksasi yang maksimal sehingga dapat berpengaruh terhadap tekanan darah. Untuk mendapatkan hasil memuaskan, akan lebih baik jika senam ergonomik dilakukan secara berkelanjutan, sekurang-kurangnya 2-3 kali seminggu ± 20 menit jika semua gerakan dilakukan sempurna

Pelaksanaan atau implementasi yang dilakukan pada laporan asuhan keperawatan keluarga sudah sesuai dengan kaidah asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi yang meliputi : meningkatkan kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara memberikan informasi dibuktikan dengan telah diberikan informasi tentang makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari untuk penderita hipertensi, membantu keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dibuktikan dengan telah dilakukan tindakan mendiskusikan dengan keluarga untuk rencana mengolah

makanan rendah garam, memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan dibuktikan dengan telah dilakukan mengajarkan Ny. J senam hipertensi, membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat dibuktikan pada pengkajian kemampuan keluarga menciptakan lingkungan sudah tecapai dengan lingkungan yang bersih, kondusif dan keluarga Tn. J mengatakan siap melayani dan membantu Ny. J untuk kesembuhannya, motivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada hal ini di buktikan pada pengkajian kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sudah terpenuhi dengan keluarga Tn. J telah memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dan apabila anggota keluarga yang sakit langsung diperiksakan di pelayanan kesehatan.

Evaluasi hasil dari laporan asuhan keperawatan yang telah diberikan selama 3x24 jam kepada keluarga Tn. J sudah sesuai dengan kriteria hasil keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang dianjurkan untuk penderita hipertensi dengan benar, keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi dengan benar, keluarga mengatakan sudah memasak makanan rendah garam, dan Ny. J mampu melakukan senam hipertensi dengan benar. Kemudian dari evaluasi pada rencana asuhan keperawatan keluarga sudah mencangkup data subjektif (S) Keluarga Tn. J menyebutkan 4 dari 6 makanan yang dianjurkan dan dihindari untuk penderita hipertensi dengan benar, keluarga mengatakan sudah memasak makanan rendah garam, Ny. J mengatakan merasa badannya lebih segar setelah melakukan senam

hipertensi, objektif (O) keluarga Tn. J kooperatif, Ny. J melakukan senam hipertensi dengan benar, *assessment* (A) masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi pada keluarga Tn. J teratasi., *planning* (P) hentikan intervensi. Berdasarkan tujuan pada rencana asuhan keperawatan keluarga yang telah ditetapkan dan evaluasi hasil dengan mencantumkan S, O, A, P, maka dapat disimpulkan bahwa masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga Tn. J sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

Apabila bandingkan dengan kaidah asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi di bagian evaluasi yaitu_meliputi mengkaji kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawata. Dari kriteria tersebut maka evaluasi pada laporan asuhan keperawatan tersebut sudah terpenuhi dibuktikan dengan Ny. J mengatakan tubuhnya merasa lebih segar setelah melakukan senam hipertensi manandakan adanya kemajuan untuk status kesehatannya, kemudian respon Ny. J dan keluarga terhadap kriteria hasil yang telah ditetapkan menandakan suatu kemajuan pencapaian terhadap tujuan keperawatan dan sudah terpenuhi sehingga dapat disimpulkan masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil karya tulis ilmiah tersebut didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Diketahuinya gambaran ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dengan hipertensi pada keluarga Tn. J di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman Yogyakarta. Hal ini karena ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko, dan kurang perhatian pada penyakit.
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian dari keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita hipertensi yaitu pengkajian dalam laporan asuhan keperawatan ini hanya mengkaji dua responden yaitu Tn. J dan Ny. J dan peran serta anggota keluarga kurang dilibatkan dalam proses asuhan keperawatan. Dalam pengkajian fungsi ekonomi didapatkan data bahwa fungsi ekonomi keluarga Tn. J tercukupi, sedangkan dalam pengkajian faktor sosial, ekonomi, dan budaya pada bagian aspek kecukupan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, keluarga Tn. J mengatakan kondisi ekonomi keluarga merasa belum tercukupi. Berdasarkan kedua data tersebut penulis menyimpulkan adanya faktor yang berhubungan karena kesulitan ekonomi didalam keluarga.
3. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada asuhan keperawatan ini

ditandai dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang hipertensi, karena menggunakan acuan 5 KMK. Apabila didasarkan dengan NANDA (2017) atas kecocokan data pengkajian dengan batasan karakteristiknya yaitu kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko, ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan, dan kurang perhatian pada penyakit. Dengan faktor yang berhubungan kesulitan ekonomi.

4. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu mengacu pada aspek 5 KMK dengan tujuan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi dan apabila disesuaikan dengan tujuan sesuai buku *Nursing Outcomes Classification* maka dipiih tujuan partisipasi keluarga dalam perawatan profesional dan apabila rencana tindakan disesuaikan dengan buku *Nursing Interventions Classification* maka dipiih intervensi dukungan pengasuhan.
5. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu mengacu pada 5 KMK. Dari pelaksanaan tersebut sudah terlaksana semua dan sesuai dengan rencana tindakan yang ditetapkan.
6. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga yaitu evaluasi pada masalah keperawatan sudah sesuai dengan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rencana asuhan keperawatan keluarga dan sudah mencantumkan S, O, A, P pada evaluasi hasil.

B. Saran

1. Bagi institusi Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Diharapkan penelitian ini dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasiannya pada ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga pada keluarga dengan hipertensi.

2. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan dapat lebih teliti dalam memahami studi kasus, lebih kritis dalam mengkaji masalah dan membandingkan dengan teori yang digunakan serta memperhatikan kaidah penulisan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Alfiana, S.N. (2019). Hubungan Tingkat Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia di Puskesmas Camping I Sleman, Yogyakarta. Diakses 16 Mei 2020, dari http://digilib2.unisyogya.ac.id/bitstream/handle/123456789/289/NASPU_B%20SHIFA%20NURANI%20ALFIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bakri, M. H. (2018) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Mahardika.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Docterman, J.M., Wagner, C.M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi ke-6. Singapore: Elsevier.
- Conen, D et al ., (2009) Socioeconomic Status, Blood Pressure Progression, and Incident Hypertension in A Prospective Cohort of Female Health Professionals. European Heart Journal.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hipertensi Membunuh Diam diam, Ketahui Tekanan Darah Anda 2018*. Jakarta. Retrieved from <https://www.depkes.go.id/article/view/18051600004/hipertensi-membunuh-diam-diam-ketahui-tekanan-darah-anda.html>
- Dewi, S., Familia, D. (2014). *Hidup Bahagia dengan Hipertensi*. Yogyakarta: A Plus Books.
- 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>
- Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. (2018). *Profil Kesehatan D.I. Yogyakarta Tahun 2018*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. Diakses 20 Februari 2020, dari <https://www.dinkes.jogjaprov.go.id>

Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019 : “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu Dengan Cerdik 2019*. Jakarta. Diakses pada 21 Februari 2020, dari
<http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>

Fitri, D.R.. (2015). Diagnose Enforcement And Treatment Of High Blood Pressure. Retrieved from
<https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/download/549/550>

Fuady, N.R.A., Basuki, D.R., Finurina, I.M. (2017). Herb-Medicine Journal: Terbitan Berkala Ilmiah Herbal, Kedokteran dan Kesehatan: Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi Di Puskesmas 1 Sumbang, Kecamatan Sumbang, Kabupaten Banyumas. Diakses pada 7 Mei 2020, dari
<http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/HMJ/article/view/2492/1995>

Kementerian kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Diakses 22 Februari 2020, dari
http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf

Kementerian kesehatan RI. (2018). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI 2018*. Diakses 21 Februari 2020, dari
<https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi.pdf>

Lerebulan, E.F., Matulessy, Y. (2018). 2-TRIK : Tunas-Tunas Riset Kesehatan: Pola Penggunaan Antihipertensi Pada Pasien Rawat Jalan Di Rs. X Kota Sorong Periode Januari-Juni Tahun 2018. Diakses pada 7 Mei 2020, dari
<http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2trik/article/view/2trik9103/9103>

Manoppo, E.J., Masi, G.M., Silolonga, W. (2018). *Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Hipertensi Di Puskesmas Tahuna Timur*. Retrieved from
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/download/19476/19027>

Mapagerang, R., Alimin, M., Anita. (2018). JIKP© Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah Volume 7 Nomor 1: Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Pada Penderita Hipertensi Dengan Kontrol Diet Rendah Garam. Diakses pada 7 Mei 2020, dari <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/view/47/37>

Mawarti, R. (2016). Asuhan keperawatan Keluarga pada Keluarga Tn. J dengan Salah Satu Anggota Keluarag Menderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman Yogyakarta.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Edisi ke-5*. Singapore: Elsevier.

Nadirawati. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. Bandung: PT Refika Aditama.

NANDA.(2015). *Diagnosa Keperawatan:Definisi dan Klasifikasi 2015-2017 Edisi ke-10*. Jakarta: EGC

Nies, M.A., McEwen, M.(2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Singapore: Elsevier.

Pranata, A. E., dan Prabowo, E. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Puspita, E., Oktaviarini, E., Santik, Y.D.P. (2017). Peran Keluarga Dan Petugas Kesehatan Dalam Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi Di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 12(2): 2017. Diakses 21 Februari 2019, dari <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jkmi/article/download/3172/3056>

Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., Handayani, T. W. (2017). *Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat*. Jakarta: UI-Press.

Suparta, Rasmi. (2018). JIKP©Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah: [Hubungan Genetik Dan Stress Dengan Kejadian Hipertensi](#). Diakses 7 Mei 2020, dari <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/view/38/28>

Thei, A.D.S., Sambriong, M., Gatum, A. (2017). Pengaruh Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi Di Upt Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kota Kupang. Diakses pada 7 Mei 2020, dari <http://cyber-chmk.net/ojs/index.php/sains/article/download/341/73>

LAMPIRAN

Lampiran 1

No.	Jenis Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.	Studi Pendahuluan	■																								
2.	Pengajuan Judul Proposal			■																						
3.	Penyusunan Proposal KTI			■	■																					
4.	Seminar Proposal KTI				■																					
5.	Penyusunan Karya Tulis										■	■	■	■												
6.	Seminar Hasil																						■			

Keterangan :

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



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Fajrin Ismanto
NIM : 2317082
Nama Pembimbing 1 : Praharaita Nurul Anamra
Judul KTI : Studi Dokumentasi Kejadian Korutiran Menggunakan
Kelebihan Kewenangannya Dalam Penerapan
Keseksamaan Gender

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
12	13 Juli 20	Koaksi KTI post USIB	Diskusi	Habis, Pembahasan dipertahankan	<u>Esa Sintia</u>	<u>Alis</u>
13	14 Juli	Koaksi KTI & Haspub post USIB	Diskusi	ACC	<u>Esa Sintia</u>	<u>Alis</u>

Yogyakarta,
Pembimbing 1

Esa Sintia
(Praharaita Nurul Anamra Kep. Akad. Kep.)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Fajar Isuanto
 NIM : 2317052
 Nama Pembimbing I : Rahmita Nuris Amira
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Hendakoperipren Mengenai faktor
 berpengaruh dengan tiperiksi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	Senin, 17 Feb 2020	Koreksi Tki perbaiki	Diskusi	Perbaiki	Gagah	
2	Senin 20, Feb 2020	Koreksi BAB I-II	Diskusi	Perbaiki	Gagah	
3	21 Feb 2020	Revisi BAB II-III	Diskusi	Perbaiki	Gagah	
4	24 Feb 2020	Revisi BAB I-II	Diskusi		Gagah	
5	25 feb 20	Persegiun	Diskusi	Acc	Gagah	
6	18 April 20	Penulisan lokasi di latar belakang	Tanya jawab	Lokasi sesuai Jurnal	Gagah	
7	25 April 20	Koreksi KTI hoc USID	Diskusi	Faktu penyelidik, pembahasan diperbaiki	Gagah	
8	26 April 20	Penulisan mengant	Tanya jawab	Manfaat mengikuti jurnis	Gagah	
9	29 April 20	Koreksi KTI hoc USID	Diskusi	Acc	Gagah	
10	8 Mei 20	Penulisan Judul	Tanya jawab	Judul sesuai jurnis	Gagah	
11	11 Juli 20	Koreksi KTI postrisio	Diskusi	Akhirnya, mengant diperbaiki	Gagah	

Yogyakarta,
 Pembimbing 1

(Rahmita Nuris Amira)

 YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : FAJAR ISWANTO
 NIM : 2813052
 Nama Pembimbing 2 : Eddy Murtaya
 Judul KTI : Studi Documentasi Kehidupan Profesional Mengemban Kesehatan Keperawatan dalam Hipertensi

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	6 Feb 2020	Konsul Jdul	Diskusi	Perbaikang judul yang sedemai ACC		
2	17 februari	Penyajian jdul	Diskusi	Perbaiki BAB I, II, III		
3	21 Feb 20	Konsul BAB I, II, III	Diskusi	Perbaikan diperbaiki		
4	24 feb 20	persyarahan	Diskusi	ACC		
5	3 Juni 20	Koreksi KTI pre USTD	Diskusi	Pembahasan diperbaiki		
6	15 Juni 20	Koreksi KTI revisi	Diskusi	ACC		
7	13 Juli 20	Koreksi KTI post USTD	Diskusi	Pembahasan diperbaiki		
8	14 juli 20	Koreksi KTI & Haspub	Diskusi	ACC		

Yogyakarta,

Pembimbing 2

(.....Eddy Murtaya.....)