

Hubungan Kemandirian Keluarga Dengan Perawatan Hipertensi Pada Keluarga Binaan Puskesmas Sukaesmi Garut

Udin Rosidin¹, Iwan Shalahuddin², Umar Sumarna³

¹Universitas Padjadjaran, Email: dinr8629@gmail.com

²Universitas Padjadjaran, Email: shalahuddin.iwan@gmail.com

³Universitas Padjadjaran, Email: sumarna111058@gmail.com

ABSTRAK

Penyakit kardiovaskuler kini menjadi penyebab utama kematian di dunia, termasuk di Indonesia. Dari data Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI tahun 2007 diketahui bahwa 31,9 % kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. diantaranya adalah penyakit hipertensi sebesar 12,3 %, sebagai penyebab kematian kedua setelah stroke. Selain menjadi penyebab kematian, penyakit hipertensi juga prevalensinya sangat tinggi yaitu 31,7 %. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor faktor apa saja yang berhubungan dengan kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi pada keluarga binaan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, dengan metode penelitian adalah cross sectional. Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku petugas kesehatan sebagai variabel independen dan kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi di rumah adalah variabel dependennya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada variabel independen pengetahuan responden 50% baik, akses ke pelayanan kesehatan 52,6% jauh, dan perilaku petugas kesehatan 55,3% tidak melakukan standar pelayanan kesehatan. Sedangkan variabel dependen 39,5 % responden berada pada tingkat kemandirian I. Kesimpulan berdasarkan hasil uji statistik didapatkan hasil adanya hubungan antara pengetahuan dengan kemandirian keluarga (p value = 0,042), adanya hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan dengan tingkat kemandirian keluarga (p value = 0,044) dan ada hubungan antara perilaku petugas kesehatan terhadap tingkat kemandirian (p value = 0,030). Saran untuk Puskesmas Sukaesmi yang dapat diberikan adalah untuk tetap melakukan pembinaan keluarga khususnya pada penderita hipertensi, mendekatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada keluarga binaan dan selalu bekerja sarna dengan keluarga dalam melaksanakan program pembinaan keluarga.

Kata Kunci: Hipertensi, Kemandirian, Pengetahuan

ABSTRACT

Cardiovascular disease is now the leading cause of death in the world, including in Indonesia. From the data of Basic Health Research of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, it is known that 31.9% of deaths in Indonesia are caused by cardiovascular disease. including hypertension by 12.3%, as the second cause of death after stroke. In addition to causing death, hypertension disease is also very high prevalence of 31.7%. The purpose of this study to determine what factors are associated with family independence in implementing hypertension treatment in the assisted family. This research use quantitative approach, with research method is cross sectional. Variables in this research are knowledge, access to health service and behavior of health officer as independent variable and family independence in carrying out hypertension treatment at home is dependent variable. The results showed that the independent variable of knowledge of 50% respondents good, access to health service 52,6% far, and behavior of health officer 55,3% not doing health service standard. While the dependent variable 39.5% of respondents are at the level of independence I. The conclusion based on the

result of statistical test showed that there was a correlation between knowledge with family independence (p value = 0,042), existence of relation between access to service of debate with family independence level (p value = 0,044) and there is correlation between behavior of health officer to level of independence (p value = 0,030). Suggestions for Sukaresmi Puskesmas that can be given is to keep doing family coaching, especially on hypertension patient, closer the reach of health service to assisted family and always work together with family in executing family development program

Keywords: Hypertension, Independence, Knowledge

Diterima: 10 Januari 2018, Direvisi: 19 Februari 2018, Diterbitkan: 15 April 2018

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya (Depkes RI, 2004). Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan tersebut sangat ditentukan oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Keberhasilan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan tersebut selain berdampak pada hasil pembangunan juga dapat meningkatnya produktifitas penduduk, penurunan angka kematian akibat sakit dan meningkatnya usia harapan hidup serta terjadi pergeseran pola penyakit, dari penyakit infeksi dan malnutrisi ke penyakit non infeksi (Sarvasti, 2012).

Pergeseran pola penyakit dari penyakit infeksi dan malnutrisi ke penyakit non infeksi tersebut sangat di tentukan pula oleh perilaku masyarakat yang tidak mendukung hidup sehat. Keadaan ini sesuai dengan konsep transisi epidemiologi yang diperkenalkan oleh Sarvasti (2012). Konsep transisi epidemiologi tersebut menggambarkan adanya kecenderungan dominasi penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas saat ini adalah penyakit kardiovaskuler yaitu jantung koroner, hipertensi dan diabetes melitus, (Sarvasti, 2012).

Penyakit kardiovaskuler kini menjadi penyebab utama kematian didunia, termasuk di Indonesia. *World Health Organization* (WHO) memprediksikan bahwa dimasa yang akan datang 80 % kematian akibat penyakit kardiovaskuler akan terjadi di Negara berkembang (Sarvasti, 2012). Dari data Riset

Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2007 diketahui bahwa 31,9 % kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler tersebut diantaranya adalah penyakit hipertensi sebesar 12,3 %, sebagai penyebab kematian kedua setelah stroke sebesar 26,9 %.

Selain menjadi penyebab kematian, penyakit hipertensi juga prevalensinya sangat tinggi. Sekitar 600 juta penderita hipertensi tersebar di beberapa negara berkembang. Angka kejadian penyakit hipertensi di Indonesia berkisar 2 – 18 % yaitu kira kira terdapat 20 juta orang penderita hipertensi (Arza, P. A., & Yenni, N. (2014). Menurut Rahajeng, E., & Tuminah, S. (2009) prevalensi penyakit hipertensi di Indonesia mencapai 31,7 % sedangkan diabetes mellitus 5,7 % dan stroke 0,8 %

Dilihat dari jumlah penderita hipertensi yang terjadi di Indonesia, jumlah penderita hipertensi ini tersebar di beberapa provinsi termasuk di Provinsi Jabar. Tingkat prevalensi di Provinsi Jabar mencapai 9,5%, sedangkan rata-rata nasional 7,2 % (Riskesdas, 2007). Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Garut tahun 2011 pola penyakit rawat inap dan rawat jalan di puskesmas, penyakit hipertensi menduduki urutan ke 6 (4.2%) setelah influenza (17,1%), infeksi saluran nafas akut (11,2%), gastroduodenitis tidak spesifik 6,3%), tukak lambung (5,6%), dan gastroenteritis (5,5%) (Garut, D. K. K, 2012).

Hipertensi yaitu suatu penyakit dimana tekanan darah berkisar 140/90 mmHg yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus, seperti gaya hidup yang kurang baik seperti merokok, kurangnya olah raga dan pola makan yang tidak sehat (Utami, P, 2009).

Seperti halnya yang dikatakan oleh Brunner dan Suddart bahwa Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan ini sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti curah jantung, ketegangan arteri, laju serta kekentalan (viskositas) darah. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90 (Brunner dan Suddart, 2000). Melihat karakteristik penyakit tersebut maka penyakit hipertensi perlu ditangani dengan baik. Untuk mencegah hal tersebut perlu ada keterlibatan keluarga sebagai deteksi dini dan pelaksana perawatan hipertensi di rumah. Melihat hal tersebut diperlukan kemandirian keluarga, karena keluarga mempunyai tugas dalam penanganan masalah kesehatan di rumah (Padila, 2012). Kemandirian keluarga adalah kemampuan dan inisiatif keluarga dalam mengenal dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri.

Kemandirian keluarga dalam hal ini adalah perilaku keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri. Menurut Green yang diambil dari Ardi perilaku kesehatan terbentuk dari tiga factor, yaitu 1). *Predisposing factors* yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai nilai, 2), *Enabling factors* yang terwujud dalam lingkungan fisik dan sarana (fasilitas) kesehatan dan 3). *Reinforcing factors* yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan (Ardi, 2012).

Petugas kesehatan khususnya tenaga keperawatan di puskesmas mempunyai peran yang sangat penting dalam pelaksanaan pembinaan keluarga mandiri. Dalam upaya tersebut, petugas keperawatan sering bekerja sama dengan mahasiswa keperawatan dalam pelaksanaan kegiatan pembinaan keluarga.

Pada tahun 2013 Puskesmas Sukaesmi Kecamatan Sukaesmi Kabupaten Garut bekerja sama dengan mahasiswa Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Garut melaksanakan kegiatan pembinaan keluarga di tujuh desa wilayah Puskesmas Sukaesmi. Keluarga yang dibina sebanyak 113 keluarga dengan *entry point* penderita hipertensi

sebanyak 38 keluarga (36,89 %), rheumatoid 26 keluarga (25,24 %), gastritis 24 keluarga (23,30 %) dan sisanya 15 keluarga (14,56%) adalah penderita TBC, stroke, asma dan diabetes mellitus. Dari data tersebut hampir setengahnya keluarga binaan dengan *entry point* penyakit hipertensi. Pembinaan keluarga dilaksanakan selama lima minggu, dan hasil dari kegiatan tersebut adalah keluarga dengan tingkat kemandirian I sebanyak 47 keluarga (41,59 %), keluarga dengan tingkat kemandirian II ada 42 keluarga (37,17 %) dan keluarga dengan tingkat kemandirian III sebanyak 24 keluarga (21,24 %).

Apabila kita lihat data hasil kegiatan pembinaan tersebut, terdapat perbedaan tingkat kemandirian walaupun dibina secara bersamaan. Perbedaan tingkat kemandirian tersebut sangat ditentukan oleh faktor faktor yang mendukung keluarga dalam melaksanakan perawatan di rumah. Dari latar belakang di atas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor faktor apa saja yang berhubungan dengan kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi pada keluarga binaan Puskesmas Sukaesmi Kabupaten Garut tahun 2014.

KAJIAN LITERATUR

Kemandirian berasal dari kata dasar diri yang mendapatkan awalan ".ke" dan akhiran "-an" yang kemudian membentuk suatu kata keadaan atau kata benda. Karena kemandirian berasal dari kata dasar diri, pembaha san mengenai kemandirian tidak dapat dilepaskan dari pembahasan mengenai perkembangan diri itu sendiri, yang dalam konsep Carl Rogers disebut dengan istilah self (Ardi, 2012). Karena diri itu merupakan inti dari kemandirian. Senada dengan definisi diatas, Ardi (2012) menyatakan bahwa kemandirian merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain. Mu'tadin juga menyatakan bahwa kemandirian meliputi perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan/masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan

sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain (Ardi, 2012).

Untuk dapat mandiri seseorang membutuhkan kesempatan, dukungan dan dorongan dari keluarganya, agar dapat mencapai otonomi atas diri sendiri. Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kemandirian adalah kemampuan seseorang untuk mengontrol perilakunya dan menyelesaikan masalahnya secara bebas, bertanggung jawab, percaya diri dan penuh inisiatif serta dapat memperkecil ketergantungannya pada orang lain.

Aspek-aspek kemandirian meliputi mengambil inisiatif meneoba mengatasi rintangan dalam lingkungannya, meneoba mengarahkan perilakunya menuju kesempurnaan, memperoleh kepuasan dari bekerja dan mencoba mengerjakan tugas-tugas rutin oleh dirinya sendiri (Ardi, 2012). Dalam melatih kemandirian seseorang sangatlah sulit, namun hal itu dapat dilakukan walau dengan cara bertahap. Prinsip yang perlu diingat adalah bahwa seseorang akan terlatih menjadi mandiri bila ia diberi peluang untuk melakukannya.

Hipertensi merupakan gangguan asimtomatik yang sering terjadi ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten (Potter & Perry, 2005). Menurut Brunner & Suddarth Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Brunner & Suddarth, 2002) Hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah man usia. Tekanan darah itu sendiri didefinisikan sebagai tekanan yang terjadi di dalam pembuluh arteri manusia ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh. (Ridwan, 2009).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan di rumah oleh keluarga pada klien Hipertensi menurut Sudiharto (2005) adalah :

- a. Hindari makanan berlemak (daging, keju, jeroan, santan, gorengan)
- b. Kurangi garam dapur (14 sendok teh perhari)
- c. Hindari makanan yang diawetkan (sarden, ikan asin, mie instan)
- d) Kendalikan stress dengan teknik relaksasi, nafas dalam, yoga, bercerita).
- d. Lakukan latihan fisik secara teratur (jalan pagi, senam relaksasi)
- e. Kontrol Berat Badan
- f. Berhenti merokok / kopi
- g. Periksa Tekanan darah secara rutin/perminggu (Sudiharto, 2005)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang perempuan yang sudah send irian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Padila, 2012).

Alasan keluarga sebagai salah satu unit dalam pelayanan kesehatan adalah:

- a. Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas/masyarakat, keluarga merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Dari keluarga yang sehat akan tercipta komunitas yang sehat.
- b. Keluarga sebagai kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada. Jika salah satu anggota keluarga sakit atau mengalami masalah kesehatan, maka akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga secara keseluruhan.
- c. Masalah kesehatan dalam satu keluarga saling berkaitan. Misalnya Ibu hamil kurang gizi, akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit dan pada akhirnya akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.
- d. Dalam penyelesaian masalah kesehatan, keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga pada akhirnya yang menentukan apakah masalah keserhatan akan dihilangkan, dibiarkan atau bahkan mendatangkan masalah kesehatan lain, sehingga

dalam hal ini akan mempengaruhi keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan yang dialami.

- e. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat (DepKes, R. I. 2004)

Dalam melaksanakan pembinaan keluarga petugas kesehatan diharuskan mengikuti standart pelayanan kesehatan terhadap tempat pelayanan kesehatan yaitu : Seluruh pelayanan kesehatan dirumah direncanakan, diorganisir langsung oleh tenaga perawatan professional, perawat menerapkan konsep teori sebagai dasar pengambilan keputusan, Secara berkelanjutan perawat mengumpulkan data secara menyeluruh, akurat dan sistematis, perawat menggunakan data pengkajian untuk menentukan diagnose keperawatan, Perawat mengembangkan rencana, menetapkan tujuan berdasarkan dioagnosa keperawatan, perawat dipandu oleh rencana untuk memberikan kenyamanan, pemulihan, perbaikan dan pendidikan kesehatan, Secara berkelanjutan perawat mengevaluasi respon klien dan keluarga, perawat bertanggung jawab terhadap kenyamanan klien dan keluarga, perawat memulai kerjasama dengan semua pelaksana pelayanan kesehatan, dan perawat menggunakan kode etik dalam melaksnakan perawatan (Sumijatun, at, al, 2006)

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah survey analitik dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, metode penelitiannya adalah *cross sectional*, karena dalam penelitian ini variabel terikat dan variabel bebas di kumpulkan pada saat bersamaan dan sifatnya sesaat (Notoatmojo, 2012). Ini berarti setiap subyek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan.

Variabel dependen penelitian ini adalah kemandirian keluarga dalam melaksanakan

perawatan hipertensi pada keluarga binaan dan variabel independennya adalah pengetahuan responden, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku petugas kesehatan. Karena variabel tersebut akan mempengaruhi kepada kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi di rumah.

PEMBAHASAN

Analisis univariat karakteristik responden dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan didapatkan sebagai berikut: rata-rata umur responden adalah 55,24 tahun, umur tertua 73 tahun dan umur termuda 35 tahun.

Kurang dari setengahnya responden berada pada kelompok usia 55 - 64 tahun. Sedangkan Jenis kelamin responden lebih dari setengahnya adalah perempuan yaitu sebanyak 55,3%. Pendidikan responden sebagian besar hanya lulus Sekolah Dasar yaitu berjumlah 86.8 %, Sedangkan pekerjaan responden lebih dari setengahnya tidak bekerja yaitu sebesar 72%.

Pengetahuan responden di daerah binaan Puskesmas Sukaresmi tentang cara pencegahan dan perawatan hipertensi di rumah setengahnya responden berada pada kelompok yang memiliki pengetahuan baik yaitu 50%.

Persepsi responden terhadap jarak rumah ke tempat pelayanan kesehatan lebih dari setengahnya menyatakan rumahnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan yaitu 52,6%.

Persepsi responden terhadap perilaku petugas kesehatan, lebih dari setengahnya memiliki persepsi "ya" melakukan standar pelayanan keperawatan masyarakat, yaitu sebesar 55,3 %.

Tingkat kemandirian Keluarga binaan Puskesmas Sukaresmi kurang dari setengahnya berada pada tingkat kemandirian I, yaitu sebanyak 39,5%.

Analisis biavariat menggambarkan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku petugas.

Sedangkan variabel terikatnya adalah tingkat kemandirian keluarga.

Hasil analisis bivariat antara pada penelitian adalah sebagai berikut

Tabel 1
Analisis Uji Hubungan antara Pengetahuan Responden dengan Kemandirian Keluarga di Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Garut Tahun 2014

Pengetahuan	Kemandirian Keluarga						Jml	p value
	KM III		KM II		KM I			
	F	%	f	%	f	%		
Baik	9	47,4	6	31,6	4	21,1	19	0,042
Kurang	3	15,8	5	26,3	11	57,9	19	
Jumlah	12		11		15		38	

Tabel 2
Analisis Uji Hubungan Antara Akses ke Yankes dengan Kemandirian Keluarga di Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Garut Tahun 2014

Akses ke Yankes	Kemandirian Keluarga						Jumlah	P Value
	KM III		KM II		KM I			
	F	%	f	%	F	%		
Dekat	9	50	5	27,8	4	22,2	18	0,044
Jauh	3	15	6	30	11	55	20	
Jumlah	12		11		15		38	

Tabel 3
Analisis Uji Hubungan Antara Perilaku Petugas dengan Kemandirian Keluarga di Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Garut Tahun 2014

Perilaku Petugas	Kemandirian Keluarga						Jumlah	P Value
	KM III		KM II		KM I			
	F	%	F	%	F	%		
Melakukan	10	50	5	25	5	25	20	0,030
Tidak	2	11,1	6	33,3	10	55,6	18	
Jumlah	12		11		15		38	

Terbuktinya ada hubungan antara pengetahuan tersebut terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi pada daerah binaan Puskesmas Sukaresmi sesuai dengan pendapat Agrina, A., & Zulfitri, R. (2013) bahwa kemandirian adalah sebuah perilaku yang merupakan respon seseorang terhadap stimulus. Respon tersebut diolah dalam pikiran seseorang berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya. Pendapat lain menyatakan bahwa kemandirian merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain (Ardi, 2012). Pendapat lain juga menyatakan bahwa kemandirian meliputi perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan atau masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain. Kemampuan-kemampuan tersebut harus didukung oleh pengetahuan yang cukup untuk dapat mandiri dalam mengatasi masalah atau hambatan (Ardi, 2012).

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam perawatan hipertensi di rumah perlu diberikan pengetahuan secara rutin tentang permasalahan penyakit hipertensi. Dengan pengetahuan yang dimilikinya maka keluarga akan dapat melaksanakan cara pencegahan dan cara perawatan hipertensi. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tersebut adalah melalui program perawatan kesehatan masyarakat dan secara bertahap melalui kegiatan kunjungan rumah yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan. Selain itu dalam pembinaan keluarga untuk dapat meningkatkan kemandirian seseorang dalam melaksanakan perawatan hipertensi di rumah membutuhkan kesempatan, dukungan dan dorongan dari keluarganya, maka libatkanlah keluarga dalam setiap pembinaan yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas.

Hubungan antara akses ke yankes dengan kemandirian keluarga menunjukkan semakin jauh tempat tinggal responden dengan tempat pelayanan kesehatan maka akan semakin rendah tingkat kemandiriannya dan sebaliknya semakin dekat rumah responden dengan tempat

pelayanan kesehatan maka akan semakin baik tingkat kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi di rumah. Kesimpulannya adalah pada alpha 5% ada hubungan yang signifikan antara tingkat kemandirian keluarga dengan persepsi responden tentang akses ke pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pernyataan, bahwa perilaku seseorang sangat ditentukan oleh sarana yang mendukung terhadap perilaku yang akan dibentuk. Salah satu sarana tersebut adalah keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan. Karena penyakit hipertensi sering terjadi tanpa keluhan maka penyakit hipertensi memerlukan pelayanan rutin dan berkala, baik di sarana pelayanan kesehatan maupun tindakan perawatan di rumah (Ridwan, 2009).

hubungan antara perilaku petugas dengan kemandirian keluarga menunjukkan bahwa responden mempunyai persepsi (“ya”) terhadap petugas kesehatan dalam melaksanakan standar pelayanan kesehatan, responden tersebut cenderung memiliki tingkat kemandirian yang baik dan sebaliknya apabila responden mempunyai persepsi tidak terhadap petugas kesehatan dalam melaksanakan standar pelayanan kesehatan, responden tersebut cenderung memiliki tingkat kemandirian yang kurang.

Hasil penelitian sesuai dengan pendapat yang menyatakan bahwa dalam melaksanakan pembinaan keluarga petugas kesehatan diharuskan mengikuti standart pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan yang dimaksud adalah tenaga keperawatan yang mengkoordinir seluruh kegiatan pembinaan keluarga. Standar pelayanan kesehatan yang harus dilaksanakan tersebut yaitu Seluruh pelayanan kesehatan dirumah direncanakan, diorganisir langsung oleh tenaga perawatan professional; Perawat menerapkan konsep teori sebagai dasar pengambilan keputusan; Secara berkelanjutan perawat mengumpulkan data secara menyeluruh, akurat dan sistematis; Perawat menggunakan data pengkajian untuk menentukan diagnosa keperawatan; Perawat mengembangkan rencana, menetapkan tujuan berdasarkan diagnosa keperawatan; Perawat dipandu oleh rencana

untuk memberikan kenyamanan, pemulihan, perbaikan dan pendidikan kesehatan; Secara berkelanjutan perawat mengevaluasi respon klien dan keluarga; Perawat bertanggung jawab terhadap kenyamanan klien dan keluarga; Perawat memulai kerjasarna dengan semua pelaksana pelayanan kesehatan; Perawat menggunakan kode etik dalam melaksanakan perawatan (Sumijatun, at, al, 2006).

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas peran petugas kesehatan sangatlah penting dalam meningkatkan kemandirian keluarga. Faktor petugas kesehatan sangat penting, petugas kesehatan sebagai pelaksana dalam program perawatan kesehatan masyarakat melalui pembinaan keluarga, memfasilitasi keluarga dalam penggunaan sarana kesehatan, juga petugas kesehatan sebagai pendidik dalam bentuk pemberian penyuluhan kesehatan dan membimbing keluarga dalam melaksanakan tugas keluarga di bidang kesehatan. Sehubungan hal tersebut maka Puskesmas Sukaresmi diharapkan dapat mengembangkan standar pelayanan kesehatan tersebut menjadi standar operasional prosedur yang tetap dan harus dilaksanakan oleh petugas kesehatan setiap akan melaksakan kegiatan.

PENUTUP

Karakteristik keluarga binaan dengan masalah hipertensi rata-rata umur responden 55 tahun, Pengetahuan responden tentang cara pencegahan dan perawatan hipertensi pada keluarga binaan setengahnya responden pengetahuan baik. Persepsi responden tentang akses ke pelayanan kesehatan pada keluarga binaan adalah lebih dari setengahnya responden berpersepsi jauh ke tempat pelayanan kesehatan. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan tingkat kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi. Ada hubungan yang signifikan antara akses responden ke yankes dengan tingkat kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi pada keluarga binaan. Ada hubungan yang signifikan antara perilaku petugas kesehatan dengan tingkat

kemandirian keluarga dalam melaksanakan perawatan hipertensi pada keluarga binaan Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Garut Tahun 2014.

REFERENSI

- Agrina, A., & Zulfitri, R. (2013). Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan Di Keluarga. *Sorot*, 7(2), 81-89.
- Ardi (2012), *Konsep Kemandirian*, Fakultas Psikologi UIN SUSKA, Riau Pekanbaru
- Arza, P. A., & Yenni, N. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi pada Orang Dewasa Di wilayah Kerja UPTDK Puskesmas Simpang Empat Pasaman Barat Tahun 2012. *'AFIYAH*, 1(2).
- DepKes, R. I. (2004). Sistem kesehatan nasional 2004.
- Garut, D. K. K (2012). Profil Kesehatan Kabupaten Garut Tahun 2011. *Dinkes Garut*.
- Padila, N. (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Rahajeng, E., & Tuminah, S. (2009). Prevalensi hipertensi dan determinannya di Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 59(12), 580-587.
- Sarvasti. (2012), Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah Penyebab Utama Kematian Di Dunia, *RSU Husada Utama Surabaya*
- Sudiharto. (2005). *Asuhan keperawatan keluarga denzan pendekatan keperawatan transkultural*. Penerbit Buku Kedokteran.
- Sumijatun, S., Payapo, T. A., Maruhawa, J., & Sumartini, M. (2005). Konsep

Dasar Keperawatan
Komunitas. *Jakarta: EGC.*

Utami, P. (2009). *Solusi Sehat Mengatasi Hipertensi. Jakarta: Agromedia Pustaka.*