BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1) Konsep Kebutuhan Dasar Virginia Henderson.

Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson Manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh-kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Individu melakukan aktivitas sehari-hari dan memulainya dengan bergantung pada orang lain serta belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu. Melakukan aktivitas sehari- hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu:

a. Terhambat dalam melakukan aktivitas.

b. Belum mampu melakukan aktivitas.

c. Tidak dapat melakukan aktivitas.

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015) Henderson Virginia dalam Potter dan Perry(1997) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut:

a. Bernafas secara normal:

   Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal, alas dan sejenisnya sabagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

b. Makan dan minum yang cukup:

   Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan sosial klien.

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil):

   Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:

   Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.

e. Tidur dan istirahat:

   Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.

f. Memilih pakaian yang tepat:

   Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.

g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan:

   Perawat harus mengetahui physiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembapan atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya.

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan:

   Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standar kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman:

   Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.

j. Berkomunikasi:

   Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga

mampu menciptakan lingkungan yang teraupeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan:

Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan.

l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup:

Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interprestasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

m. Bermain atau berpatisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi:

Perawat mampu memkilihkan aktifitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya.

n. Belajar:

Perawat dapat membantu klien belajar dalam mendorong usaha penyembuhan dan meningkatkan kesehatan, serta memperkuat dan mengikuti rencana terapi yang diberikan (Mubarak, 2015).

2) Kebutuhan Aktivitas

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015) kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut menyerupai berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Melakukan aktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernapasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persyarafan dan sistem musculoskeletal yang adekuat. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

a. Koordinasi Mekanika Tubuh

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015) koordinasi mekanika tubuh melibatkan fungsi

sistem musculoskeletal dan istem saraf (neuromuscular). Komponen sistem musculoskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago dan sendi.

1) Tulang adalah jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel yaitu osteoblast, osteosit, dan osteoklas. Fungsi tulang antara lain:
   a) Sebagai penjang jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh.
   b) Melindungi organ tubuh lunak, seperti otak, jantung dan paru-paru.
   c) Membantu pergerakan tubuh.
   d) Membantu proses hematopoises yaitu proses pembentukan sel darah merah disumsum tulang.
2) Otot

   Berfungsi untuk kontraksi dan menghasilakan gerakan-gerakan. Otot ada tiga macam, yaitu otot rangka, otot polos, dan otot jantung.
3) Tendon

   Adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel, dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi. Tendon *Achiles* (tendon *kalkaneus*) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat didalam tubuh.
4) Ligamen

   Ligamen Adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur, dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendian dan menjaga kestabilan.
5) Kartilago

   Terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat, tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Zat makanan yang sampai ke sel kartilago berasal dari kapiler di perikondrium (jaringan fibrosa yang

   menutupi kartilago) dengan proses difusi, atau pada kartilago

sendi melalui cairan sinoveral.

6) Sendi

Persendian memfasilitasi pergerakan dengan memungkinkan terjadinya kelenturan. Ada beberapa jenis persendian, antara lain sendi sinartroses (sendi yang tidak bergerak), sendi amfiartroses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan, seperti tulang vertebrata), dan sendi diatroses (sendi yang bebas pergerakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher).

b. Jenis-jenis Imobilitas

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015):

1) Imobilitas fisik yaitu ketika seseorang mengalami keterbatasan fisik yang disebabkan oleh faktor lingkungan maupun kondisi orang tersebut.
2) Imobilitas intelektual yaitu kondisi yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan untuk dapat berfungsi sebagaiman misalnya pada kasus kerusakan otak.
3) Imobilitas emosional yaitu kondisi yang dapat terjadi akibat proses pembedahan atau kehilangan seseorang yang dicintai.
4) Imobilitas sosial yaitu kondisi yang dapat menyebabkan perubahan interaksi sosial terjadi penyakit.

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi aktivitas adalah

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015):

1) Kesehatan fisik

Gangguan pada sistem muskuloskeletal atau persyarafan dapat menimbulkan dampak yang negatif pada pergelakan dan mekanika tubuh seseorang. Ada penyakit, trauma, atau kecatatan dapat menggangu pergerakan dan struktur tubuh. Oleh karenanya, untuk memberikan intervensi yang tepat kepada klien, perawat perlu mengkaji respons klien terkait dengan hambatan mobilitas yang

dialaminya.selain itu, penguatan perilaku juga perlu diberikan pada kepada klien guna meningkatkan fungsi kesehatannya.

a. Masalah pada sistem muskuloskeletal. Penyakit kongenaital atau postur tubuh yang abnormal dapat menghambat pergerakan seseorang.
b. Masalah pada sistem syaraf . berbagai gangguan atau penyakit pada sistem saraf, seperti perkinson, sklerosis multipel, cedera serebrovaskular, stroke, atau tumor pada sistem syaraf dapat menyebabkan kelemahan paralisis spastik, dan fastik pada otak yang dapat menghambat pergerakan mobilitas otak.

2) Status mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat mempengaruhi keiinginan seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu bakal kehilangan energi untuk menggunakan perawatan higiene. Demikian pula halnya dengan stres yang berkepanjangan, kondisi ini bisa mengurangi energi sehingga individu kehilahan semangat untuk beraktivitas.

3) Gaya hidup

Gaya hidup terkait dengan kebiasaan yang dilakukan hidividu sehari harinya. Individu dengan pola hidup yang sehat atau kebiasaan makan yang baik kemukianan tidak akan mengalami hambatan pergergerakan. Sebaliknya individu dengan gaya hidup yang tidak sehat dapat mengalami gangguan kesehatan yang pada akhirnya akan menghambat pergerakannya.

4) Sikap dan nilai personal

Nilai-nilai yang tertanem dalam keluarga dapat mempengaruhi aktivitas yang dijalanin oleh individu sebagai contoh, anak-anak yang di tinggalkan dalam lingkungan keluarga yang senang menggunakan kegiatan olahraga sebagai sebuah rutinitas akan belajar menghargai aktivitas fisik.

5) Nutrisi

Nutrisi berguna pada organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Apabila pemenuhan nutrisi tidak adekuat, hal ini bisa menyebakan kelerahan dan kelemahan otak dengan akan mengakibatkan penurunan aktivitas untuk pergerakan, sebaliknya, kondisi nutrisi kelebihan (misal obesitas) dapat menyebabkan terbatasnya pergerakan tubuh sehingga individu menjadi mudah lelah.

6) Stres

Status emosi seseorang akan berpengaruh terhadap aktivitas tubuhnya. Perasaan tertekan,cemas,dan depresi dapat menurunkan semangat seseorang untuk beraktivitas kondisi ini ditandai dengan penurunan nafsu makan perasaan tidak bergairah, dan pada akhirnya menyendiri.

7) Faktor social

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakan tubuhnya sebaliknya, individu yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas/menggerakan tubuhnya.

d. Penyebab masalah kebutuhan aktivitas

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015):

1) Kerusakan integritas struktur tulang
2) Perubahan metabolisme
3) Ketidakbugaran fisik
4) Penurunan kendali otot
5) Penurunan massa otot
6) Penurunan kekuatan otot
7) Keterlambatan perkembangan
8) Kekakuan sendi
9) Kontraktur
10) Malnutrisi

11) Gangguan muskuloskeletal
12) Gangguan neuromuskular
13) Indeks masa tubuh (IMT) diatas persentil ke-75 sesuai usia
14) Efek agen farmakologis
15) Program pembatasan gerak
16) Nyeri
17) Kecemasan
18) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
19) Gangguan kognitif
20) Keengganan melakukan pergerakan
21) Gangguan sensori persepsi

e. Kondisi klinis terkait kebutuhan aktivitas

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015)

1) Stroke
2) Cidera medula spinalis
3) Trauma
4) Fraktur
5) Osteoarthritis
6) Osteomalasia
7) Keganasan

1. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Menurut Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati & Joko Susanto (2015) sistem tubuh yang berperan membantu dalam aktivitas adalah sistem muskuloskelatal dan sistem persarafan.

a. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Gabungan dari tiga organ tersebut yang dapat menyebabkan terjadinya aktivitas dan pergerakan.

1) Tulang (rangka)

Secara umum fungsi dari tulang (rangka) adalah sebagai berikut:

a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru,hati dan medulla spinalis.
c) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament.
d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah)

2) Sendi

Sendi adalah hubungan diantara tulang. Setiap sendi di klasifikasikan sesuai dengan struktur dengan tingkat mobilisasinya. Terdapat empat klasifikasi sendi, yaitu sinostatik, kartilaginus, fibrosa dan sinovial.

a) Sendi sinostatik

Sendi sinostotik adalah sendi yang menghubungkan antara tulang. Sendi sinostotik ini adalah salah satu jenis sendi diam, jaringan tulang yang memberikan kekuatan dan stabilitas

b) Sendi kartilaginus

Sendi kartillaginus atau sendi sinkondrosis ini berfungsi untuk menggabungkan komponen tulang. Sendi kartilago dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.

c) Sendi fibrosa

Sendi fibrosa adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligament atau membran.Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah terbatas. Misalnya, sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula) adalah sendi sindesmotik.

d) Sendi sinovial

Sendi sinovial adalah sendi yang dapat bergerak bebas karena

permukaan tulang yang berdekatan dilapisi oleh kartilango artikular dan dihubungkan oleh ligamen sejajar dengan membran sinovial.

3) Ligamen

Ligamen adalah ikatan jaringan fibrosa yang berwarna putih, mengkilat, fleksibel mengikat sendi menjadi satu dan menghubungkan tulang dengan kartilago. Ligamen bersifat elsatis sehingga membantu fleksibelitas sendi dan mendukung sendi.

4) Tendon

Tendon adalah jaringan ikat fibrosa berwarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel, dan tidak elastic, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariabel. Tendon *Achiles* (tendon *kalkaneus*) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat di dalam tubuh.

5) Kartilago

Kartilago adalah jaringan penyambung yang tidak mempunyai vaskuler, yang terletak terutama di sendi dan toraks, trakea, laring hidung, dan telinga.

6) Otot Skelet

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktil otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung filamen.menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi.

7) Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi,

yaitu:

a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat
b) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya
c) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen.
d) Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudianmeneruskan ke otot rangka.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah aktivitas

a. Pengkajian

Menurut Mubarak,Wahit Iqbal & Chayatin, N (2008) perawat saat mengkaji data tentang masalah aktivitas, menggunakan metode pengkajian terkait aktivitas klien meliputi riwayat keperawatan dapat pemeriksaan fisik tentang kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatan gerak, kekuatan dan massa otot, toleransi aktivitas, masalah terkait mobilitas, serta kebugaran fisik.

Pengkajian untuk klien dengan gangguan musculoskeletal salah satunya adalah klien yang terkena penyakit Goat Arthritis.

1) Identitas

Identitas klien yang dapat dikaji pada penyakit sistem musculoskeletal adalah usia. Karena ada beberapa penyakit muskuloskeletal banyak terjadi pada klien diatas usia 60 tahun.

a) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi dengan gangguan musculoskeletal adalah merasa nyeri pada persendian.

b) Riawayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien saat di lakukan pengkajian.

c) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya, pekerjaan, penggunaan obat-obatan dan riwayat mengkomsumsi alcohol serta merokok.

d) Riwayat alergi

Riwayat alergi yaitu riwayat yang lalu mengenai makanan /obat/lainnya yang menimbulkan reaksi sistem kekebalan pada tubuh.

2) Pemeriksaaan fisik:

a) Kesejajaran tubuh, tujuan pemeriksaan kesejajaran tubuh adalah untuk mengidentifikasi perubahan postur akibat pertumbuhan dan perkembangan normal; hal-hal yang perlu dipelajari untuk mempertahankan postur tubuh yang baik; faktor yang menyebabkan postur tubuh yang buruk (mis., kelelahan dan harga diri rendah); serta kelemahan otot dan kerusakan motorik lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menginpeksi klien dari sisi lateral, anterior, dan posterior guna mengamati apakah.

- Bahu dan panggul sejajar
- Jari-jari kaki mengarah kedepan
- Tulang belakang lurus, tidak melengkung ke sisi yang lain

b) Cara berjalan. Pengkajian cara berjalan dilakukan untuk mengidetifikasi mobilitas klien dan resiko cedera akibat jatuh. Hal ini dilakukan dengan meminta klien berjalan sejauh kurang lebih 10 kaki di dalam ruangan, kemudian amati hal-hal berikut:

a) Kepala tegak, pandangan lurus, dan tulang belakang lurus.
b) Tumit menyentuh tanah lebih dulu dari pada jari kaki.
c) Kai dorsofleksi pada fase ayunan
d) Lengan mengayun ke depan bersamaan dengan ayunan kaki di sisi yang berlawanan.
e) Gaya berjalan halus, terkoordinasi, dan berirama; ayunan tubuh dari sisi ke sisi minimal dan tubuh bergerak lurus ke depan; dan gerakan dimulai dan diakhiri dengan santai.

c) Penampilan dan pergerakan sendi. Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi, serta pengkajian rentang gerak aktif atau gerak pasif. Hal-hal yang dikaji antara lain:
   1) Adanya kemerahan atau pembengkakan sendi
   2) Adanya deformitas
   3) Perkembangan otot yang terkait dengan masing-masing sendi
   4) Adanya nyeri tekan
   5) Krepitasi
   6) Peningkatan temperatur di sekitar sendi
   7) Derajat gerak sendi

d) Kemampuan dan keterbatasan gerak. Pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan data tentang adanya indikasi rintangan dan keterbatasan pada pergerakan klien dan kebutuhan untuk memperoleh bantuan. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:
   1) Bagaimana penyakit klien mempengaruhi kemampuan klien untuk bergerak.
   2) Adanya hambatan dalam gerak (mis,. Terpasang slang infus atau gips yang terberat)
   3) Kewaspadaan mental dan kemampuan klien untuk mengikuti petunujuk
   4) Adanya hipotensi ortostatik sebelum berpindah tempat,
   5) Derajat kenyamanan klien.
   6) Penglihatan.

e) Kekuatan dan massa otot. Sebelum membantu klien mengubah poisisi atau berpindah tempat, perawat harus mengkaji kekuatan dan kemampuan klien untuk bergerak, langkah ini diambil untuk menurunkan resiko tegang otot dan cedera tubuh.

f) Kaji aktivitas atau kegiatan sehari-hari.

b. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik adalah :

1) Gangguan mobilitas fisik

   Gejala tanda mayor (subjektif) :

   Mengeluh sulit menggerakan ekstermitas

   Gejala tanda mayor (objektif):

   a) Kekuatan otot menurun
   b) Rentang gerak (ROM) menurun

   Gejala tanda minor (subjektif):

   a) Nyeri saat bergerak
   b) Enggan melakukan pergerakan
   c) Merasa cemas saat bergerak

   Gejala tanda minor (objektif):

   a) Sendi kaku
   b) Gerakan tida terkoordinasi
   c) Gerakan terbatas
   d) Fisik lemah

2) Gangguan pola tidur

   Gejala tanda mayor (subjektif)

   a) Menegeluh sulit tidur
   b) Mengeluh sering terjaga
   c) Mengeluh tidak puas tidur
   d) Mengeluh pola tidur berubah
   e) Mengeluh istirahat tidak cukup

   Gejala tanda mayor (objektif):

   (tidak ada)

   Gejala tanda minor (subjektif):

   a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

      Gejala tanda minor (objektif):

      (tidak ada)

c. Rencana keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI PPNI (2018), Intervensi yang muncul pada keluarga dengan gangguan mobilitas fisik dengan gout arthritis yaitu:

Tabel 2.1

Rencana tindakan asuhan keprawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
1.Gangguan mobilitas fisik **Definisi :** Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.	**Dukungan ambulasi** **Observasi:** • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi **Terapeutik:** • Fasilitas ambulasi dnegan alat bantu (mis.tongkat, kruk) • Fasilitasimelakukan mobilisasi fisik,jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi **Edukasi:** • Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi • Anjurkanmelakukan ambulasi • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan dari tempat tidur kekursi	1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan perawatan diri 3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK 4. Dukungan perawatan diri: Berpakaian 5. Dukungan perawatan diri: Makan/Minum 6. Dukungan perawatan diri: Mandi 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi tekik ambulasi 9. Edukasi teknik transfer 10. Konstultasi via telepon 11. Latihan otogenik 12. Manajemen energy 13. Manajemen lingkungan 14. Manajemen mood 15. Manajemen nutrisi 16. Manajemen nyeri 17. Manjaemen medikasi 18. Manajemen latihan 19. Manajemen sensasi perifer 20. Pemantauan neurologis

	roda, berjalan dari tempat tidur kekamar mandi,berjalansesuai toleransi)	
2.Gangguan pola tidur **Definisi:** Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	**Dukungan tidur** **Observasi:** • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Idintifikasi faktor penggunaan tidur(fisik dan/psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur **Terapeutik:** • Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan meditasi 3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK 4. Fototrapi gangguan mood /tidur 5. Latihan otogenik 6. Manajemen demensia 7. Manajemen energi 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen medikasi 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen nyeri 12. Manajemen penggantian hormon

	Edukasi: • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan penggunaan obat yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	

Sumber, SIKI (Tim POKJA PPNI, 2018)

d. Implementasi

Menurut Pertami, Budiono, SB (2015) adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumplan data berlanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Adapun tujuan umum pada masalah mobilisasi adalah:

1) Meningkatkan toleransi klienuntuk melakukan aktivitas fisik.
2) Mengembalikan dan memulihkan kemampuannnya untuk bergerak atau berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari.
3) Mencegah terjadinya cedera akibat jatuh atau akibat penggunaan mekanika tubuh yang salah.
4) Mencegah terjadinya komplikasi akibat imobilitas.
5) Meningkatkan kesejahteraan sosial, emosional, dan intelektual.

e. Evaluasi

Menurut Pertami, Budiono, SB (2015) adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan pada tahap perencanaan. Adapun tujuan dari evaluasi adalah untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Tabel 2.2 Evaluasi Keperawatan

<table>
<tr><th>NO</th><th>MASALAH KEPERAWATAN</th><th colspan="6">LUARAN UTAMA</th></tr>
<tr><td rowspan="16">1</td><td rowspan="16">Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, 2017)</td><td colspan="6">Mobilitas Fisik Definisi :
Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
Ekspetasi :
Meningkat
Kriteria Hasil :</td></tr>
<tr><td></td><td>Menurun</td><td>Cukup Menurun</td><td>Sedang</td><td>Cukup Meningkat</td><td>Meningkat</td></tr>
<tr><td>Pergerakan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Ekstermitas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Kekuatan otot</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Rentanggerak (ROM)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Nyeri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Kecemasan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Kaku sendi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Gerakantidak</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>terkoordinasi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Gerakan terbatas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Kelemahan fisik</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
</table>

2. Konsep Keperawatan Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Achjar, 2012).

b. Tipe Keluarga

Menurut Allender & Spradley (2001), membagi tipe keluarga berdasarkan:

1) Keluarga tradisional
   a) Keluarga inti (nuclear family) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
   b) Keluarga besar (extended family) yaitu keluarga inti
   c) ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
   d) Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, tanpa anak.
   e) Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
   f) Single adult yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
   g) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
2) Keluarga non tradisional
   a) Commune family yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
   b) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
   c) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) ; Carter & Mc Goldrick (1998), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I, keluarga pasangan baru

   Tugas perkembangan keluarga pasangan baru antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama

dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

   Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

   Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

   Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meingkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

   Tugas perkembangan pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan

kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

   Tugas perkembangan pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut. usia sakit-sakitan

   dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggal anak.

7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

   Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

   Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempetahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu. (Achjar,2012).

d. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidak mampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

1) Ketidak mampuan 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.
2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya 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.
3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

   Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, 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.

4) Ketidakmampuan keluarga untuk 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 (Achjar,2012).

3. Asuhan keperawatan keluarga

Menurut teori/model Familiy Centre Friedman, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

a. Pengkajian

1) Data Umum

a) Identitas, kepala keluarga (1)Nama kepala keluarga (2)Umur (KK) (3)Pekerjaan kepala keluarg
(4)Pendidikan kepala keluarga (5)Alamat dan nomer telepon

b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.3 Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

(Sumber : Achjar, 2012)

c) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

d) Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih, yaitu:

(1) Keluarga Tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

e) Suku bangsa
   (1) Asal suku bangsa keluarga
   (2) Bahasa yang dipakai keluarga
   (3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
f) Agama
   (1) Agama yang dianut keluarga
   (2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
g) Status sosial ekonomi keluarga
   (1) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
   (2) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
   (3) Tabungan khusus kesehatan
   (4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
h) Aktifitas rekreasi keluarga

(Achjar, 2012)

1) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini,yaitu:

Tahap perkembangan keluarga melepas anak dewasa dan perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan atau keduanya pensiun

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuh perkembangan ini dapat dilihat dari :
   1) Mempertahankan suasana rumah ynaga menyenangkan.
   2) Adaptasi dengan perubahan kehilngan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
   3) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
   4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
   5) Melakukan lifereview (merenungkan hidupnya).

c) Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing- masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyait dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan (Maria, 2017).

2) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat di deteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi (Maria, 2017).

2) Lingkungan

a) Karakteristik rumah

(1)Ukuran rumah (luas rumah)

(2)Kondisi dalam dan luar rumah

(3)Kebersihan rumah

(4)Ventilasi rumah Saluran pembuangan air limba (SPAL)

(5)Air bersih

(6)Pengeluaran sampah

(7) Kepemilikan rumah

(8)Kamar mandi/wc

(9)Denah rumah

b) Karakteristik tetangga dan komunitas

tempat tinggal

(1)Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja

(2)Aturan dan kesepakatan penduduk setempat

(3)Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

c) Mobilitas geografis keluarga
   (1) Apakah keluarga sering pindah rumah
   (2) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
   (1) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggot keluarga
e) Sistem pendukung keluarga
   (1) Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.

3) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

   Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi

b) Struktur kekuatan keluarga

   Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah:
   (1) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
   (2) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu) ?
   (3) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?
c) Struktur peran (formal dan informal)

   Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Setiadi, 2008).

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008)

4) Fungsi keluarga

(1) Fungsi afektif

(2) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang.

(3) Perasaan saling memiliki.

(4) Dukungan terhadap anggota keluarga.

(5) Saling menghargai, kehangatan.

b) Fungsi sosialisasi

(1) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.

(2) Interaksi dan hubungan dalam keluarga.

c) Fungsi perawatan kesehatan

(1) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi).

(2) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan manfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, 2012).

5) Stress dan koping keluarga

a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan.Stressor jangka Panjang

b) Stressor jangka Panjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

d) Strategi koping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

e) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

6) Pengkajian fisik

a) Aktivitas istirahat Gejala :

(1)Kelemahan

(2) Letih

(3) Napas pendek

(4)gaya hidup

Tanda:

(1)Frekuensi jantung meningkat

(2)perubahan irama jantung

(3)takipnea.

b) Integritas ego Gejala:

(1) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi

(2) Faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

Tanda:

(1) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak

(2) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

c) Eliminasi

Gejala: Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu)

d) Makanan/cairan Gejala:

(1) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol

(2) Mual, muntah

(3) perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun) Riwayat penggunaan diuretic

Tanda:

(1) Berat badan normal atau obesitas, adanya edema ,glukosuria.

e) Neurosensori Gejala:

(1) Episode kebas dan/atau kesemutan tangan dan kaki,hilang sensasi jari tangan, pembengkakan pada sendi serta kelemahan pada satu sisi tubuh.

(2) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur). Episode epitaksis.

Tanda:

(1) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan).

(2) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggamantangan dan/atau reflek.

f) Nyeri/ketidak nyamanan

Gejala: Sakit dibagian persendian tulang yang pernah terjadi sebelumnya

g) Pernafasan Gejala:

(1) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

(2) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal

(3) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum

(4) Riwayat merokok

Tanda:

(1) Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis.

h) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postura.

i) Pembelajaran/penyuluhan Gejala:

(1) Faktor risiko keluarga: Gout Arthritis,Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM

(2) Penggunaan pil KB atau hormon lain, pengunaan obat/alcohol

7) Harapan keluarga

a) Terhadap masalah kesehatan keluarga

b) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2017)

b. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti:

1) Diagnosa sehat/wellness

Diagnosa sehat/wellness, dignuakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem

(P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi (E).

2) Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosa ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan symptom/sign (S).

3) Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosa gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E)

dan symptom/sign (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu :

a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
   (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
   (2) Pengertian
   (3) Tanda dan gejala
   (4) Faktor penyebab
   (5) Persepsi keluarga terhadap masalah
b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusaan, meliputi:
   (1) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
   (2) Masalah dirasakan keluarga
   (3) Keluarga menyerah terhada masalah yang dialami
   (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
   (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
   (6) Informasi yang salah
c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
   (1) bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
   (2) sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
   (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
   (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
d) Ketidak mampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
   (1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
   (2) Pentingnya hygien sanitasi
   (3) Upaya pencegahan penyakit
e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
   (1) Keberadaan fasilitas kesehatan
   (2) Keuntungan yang didapat

(3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan

(4) Pengalaman keluarga yang kurang baik

(5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

Tabel 2.4
Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah : ▪ Aktual ▪ Risiko ▪ Potensi	3 2 1	1
2	Krisis Kemungkinan masalah dapat diubah : ▪ Dengan mudah ▪ Hanya sebagian ▪ Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk diubah : ▪ Tinggi ▪ Cukup ▪ Rendah	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah : ▪ Segera diatasi ▪ Tidak segera diatasi ▪ Tidak dirasakan adanya masalah	2 1 0	1

c. Skoring

1) Tentukan skor untuk setiap kriteria

2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

3) Jumlah skor untuk semua kriteria

4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot Diagnosa yang mungkin muncul:

a) Gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada keluarga lansia bapak Y khususnya ibu Z berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengenal masalah gout arthritis .

b) Gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada keluarga lansia bapak

Y khususnya ibu Z berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien gout arthritis .

c) Gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada keluarga lansia bapak Y khususnya ibu Z berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam merawat klien gout arthritis .
d) Gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada keluarga lansia bapak X khususnya ibu Y berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien gout arthritis.
e) Gangguan kebutuhan mobilitas fisik pada keluarga lansia bapak Y khususnya ibu Z berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien gout arthritis

d. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada.Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagimana mengatasi problem (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus menggunakan SMART (S= spesifik, M= measurable/dapat diukur,A= achievable/ dapat dicapai, R= reality, T= time limited/punya limit waktu) (Achjar,2012)

e. Implementasi

Implementasi merupakan tahap dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyususn rencana keperawatan. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dann partisipasi klien dalamm tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang di harapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

f. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Tahap ini perawat melihat perkembangan pasien berdasarkan hasil dari tindakan yang diberikan. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuann perawat atau kriteria hasil dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Gout Arthritis

Gout adalah penyakit metabolic yang ditandai dengan penumpukan asam urat yang nyeri pada tulang sendi yang mengalami peradangan sehingga akan terjadi pembengkakkan , nyeri, dan kaku pada persendian (Merkie, carrie.2005 dalam reny yuli aspiani). Dalam pendapat lain juga di kemukakan bahwa gout arthritis merupakan kelompok heterogeneous yang berhubungan dengan efek genetik pada metabolism purin (hiperurisemia).

2. Etiologi Gout Arthritis

Penyebab utama terjadinya gout adalah karena adanya deposit/ penimbunan Kristal asam urat pada sendi. Penimbunan asam urat sering terjadi pada penyakit dengan metabolism asam urat abnormal dan kelainan metabolic dalm pembentukan purin dan ekskresi asam urat yang kurang dari ginjal.

Faktor pencetus terjadinya endapan kristal urat adalah:

a. Makanan tinggi purin.
b. Penurunan filtrasi glomerulus.
c. Pemberian obat direutik.
d. Minum alkohol.
e. Obat-obatan yang dapat menghambat eksresi asam urat oleh ginjal.

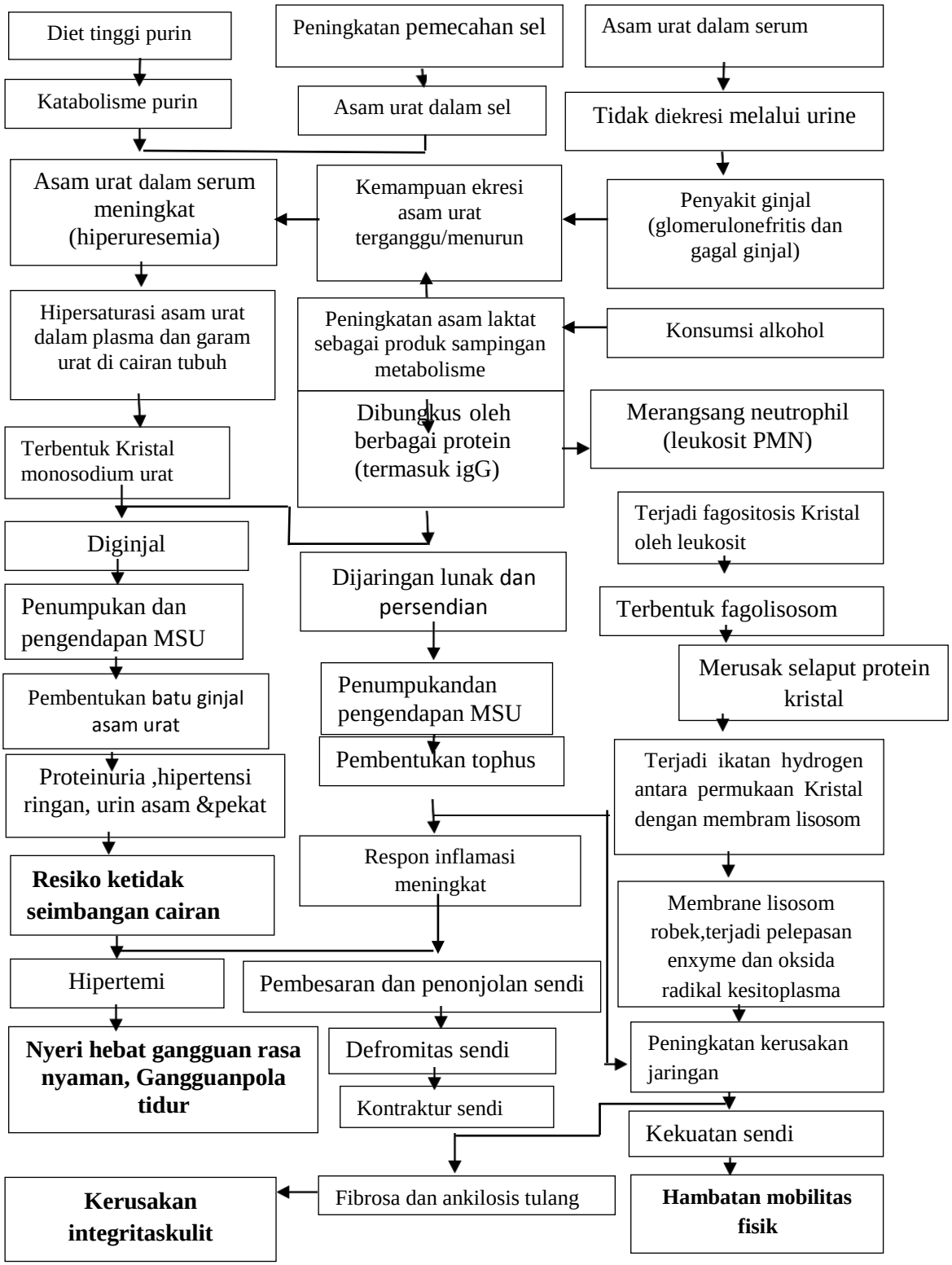
3. Patofisiologi Gout Arthritis

Peningkatan kadar asam urat serum dapat disebabkan oleh pembentukan berlebihan atau penurunan ekskresi asam urat ataupun

keduanya. Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Secara normal metabolisme purin menjadi asam urat dapat diterangkan sebagai berikut : sintesis purin melibatkan dua jalur, yaitu jalur de novo dan jalur penghematan (salvage pathway).

a. Jalur de novo melibatkan sintesis purin dan kemudian asam urat melalui prekusor non purin. Substrat awalnya adalah ribose-5-fosfat yang diubah melalui serangkaian zat antara menjadi nukleotida purin (asam inosinat ,asam guanilat,asam adenilat). Jalur ini dikendalikan oleh serangkaianmekanisme yang kompleks, dan terdapat beberapa enzim yang mempercepat reaksi yaitu 5-fosforibosilfirofosfat (PRPP) sintetase dan amido-fosforibosiltransferase (amido-PRT).
b. Jalur penghematan adalah jalur pembentukan nukleotida purin melalui basa purin bebasnya, pemecahan asaqm nukleat, atau asupan makanan. Jalur ini tidak melalui zat-zat perantara seperti pada jalur de novo. Asam urat terbentuk dari hasil metabolisme purin akan difiltrasi secara bebas oleh glomerulus dan diresorpsi di tubulus proksimal ginjal. Sebagian kecil asam urat yang diresorpsi kemudian di eksresikan di nefron distal dan dikeluarkan melalui urin. Pada penyakit gout, terdapat gangguan. keseimbangan metabolisme (pembentukan dan ekskresi) dari asam urat tersebut, meliputi:
    1) Penurunan ekskresi asam urat secara idiopatik.
    2) Penurunan ekskresi asam urat sekunder, misalnya karena gagal ginjal.
    3) Peningkatan produksi asam urat, misalnya disebabkan oleh tumor (yang meningkatkan cellular turnover).
    4) Peningkatan asupan makanan yang mengandung purin.
    5) Peningkatan produksi atau hambatan ekskresi.

1. PATHWAY



Gambar 2.1 Phatway

(Sumber : NANDA NIC-NOC 2015

2. Manifestasi klinis

a. Stadium I adalah hiperurasemia asimtomatik. Nilai normal asam urat serum pada laki-laki adalah 5,1 ±1,0 mg/dl dan pada perempuan adalah 4,0± 1,0 mg/dl.

b. Stadium II Adalah arthritic gout akut. Pada tahap ini terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasnya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal. Tahap ini biasanya mendorong pasien untuk mencari pengobatan segera, sendi-sendi lain dapat terserang

,termasuk sendi jari tangan dan siku, serangan gout akut biasnya akan pulih tanpa pengobatan, tetapi dapat memakan waktu 10-14 hari.

c. Stadium III Adalah serangan gout akut (gout interitis) adalah tahap interikritis,. Tidak terdapat gejala-gejala pada masa ini, yang dapat berlangsung dari beberapa sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati.

d. Stadium IV Adalah gout kronik , dengan timbunan asam urat yang terus bertambah dalam beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai. Peradangan kronik akibatnya Kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri , sakit, dan kaku juga pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak, tofi terbentuk pada masa gout kronik akibat insolubitas relatif asam urat.Awitan dan ukuran tofi secara proprosional mungkin berkaitan dengan kadar asam urat serum. Bursa olekranon , tendon achiles, permukaan ekstensor lengan bawah ,bursa infrapatelar, dan heliks telinga adalah tempat-tempat yang sering dihingggapi tofi. Pada masa ini tofi aka menghilang dengan terapi yang tepat.

Gout dapat merusak ginjal, sehingga ekskresi asam urat akan bertambah buruk. Kristal-kristal asam urat dapat terbentuk dalam interstititum medulla, papilla, dan pyramid, sehingga timbul proteinuria dan hipertensi ringan.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Aspirani Yuli Renny (2014):

a. Nyeri pada tulang sendi
b. Kemerahan dan Bengkak pada tulang Sendi
c. Tofi pada ibu jari, mata kaki dan pinna telinga
d. Peningkatan suhu tubuh

4. Pemeriksaan penunjang

Menurut Aspirani Yuli Renny (2014):

a. Kadar asam urat serum meningkat
b. Laju sedimentasi eritrosit (LSE) meningkat
c. Kadar asam urat urine dapat normal atau meningkat
d. Analisis cairan synovial dari sendi terinflamasi atau tofi menunjukkan Kristal urat mosodium yang membuat diagnosis
e. Sinar X sendi menunjukan massa tofaseus dan destruksi tulang dan perubahan sendi

5. Diagnosa

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI ,2017 Doagnosa yang muncut pada kasus menyebutkan bahwa, masalah yang sering muncul pada gout arthritis adalah:

a. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri persendian (kaku sendi)
b. Gangguan rasa nyaman b.d gejala terkait penyakit (nyeri pada sendi)

6. Discharge Planing

Menurut Aspirani Yuli Renny (2014):

a. Mengistirahatkan sendi yang nyeri.
b. Pemberian obat anti inflamasi.
c. Menghindarkan faktor pencetus.
d. Minum 2-3 liter cairan setiap hari dan meningkatkan masukan makanan pembuat alkalis. Hindari makanan yang mengandung purin tinggi.

7. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau tekanan sistolik lebih tinggi dari 140 mmhg dan distoliknys di atas 90 mmhg. Tekanan berlebih ini mengakibatkan volume darah meningkat dan seluran darah menyempit sehingga jantung memompa lebih keras untuk menyuplai oksigen dan nutrisi ke setiap sel dalam tubuh.

Tabel 2.5 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (Hipertensi ringan)	140 – 159	90 – 99
Tingkat 2 (Hipertensi sedang)	160 – 179	100 – 109
Tingkat 3 (Hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi	>140	< 90

8. Etiologi hipertensi

Risiko relatif hipertensi tergantung pada jumlah dan keparahan dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain faktor genetik, umur, jenis kelamin, dan etnis. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi meliputi stres, obesitas dan nutrisi (Anggraini, 2016).

Faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi yaitu:

a. Faktor Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Orang yang memiliki orang tua dengan riwayat hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.(anggraini, 2016).

b. Umur

Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis. Pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah yaitu refleks baroreseptor pada usia lanjut berkurang sensitivitasnya, peran

ginjal juga berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun sehingga ginjal akan menahan garam dan air dalam tubuh (Anggraini, 2016).

c. Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi pada usia muda. Laki-laki juga mempunyai resiko lebih besar terhadap morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler.Sedangkan di atas umur 50 tahun hipertensi lebih banyak terjadi pada wanita (anggraini, 2016).

d. Ras

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dari pada yang berkulit putih.Sampai saat ini, belum diketahui secara pasti penyebabnya (Anggraini, 2016).

e. Obesitas

Menurut Hall (1994) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin, dan perubahan fisik pada ginjal. Peningkatan konsumsi energi juga meningkatkan insulin plasma, dimana natriuretik potensial menyebabkan terjadinya reabsorpsi natrium dan peningkatan tekanan darah secara terus menerus (Anggraini, 2016).

f. Nutrisi

Garam merupakan faktor yang sangat penting dalam patogenesis hipertensi.Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal (anggraini, 2016).

g. Kebiasaan Merokok

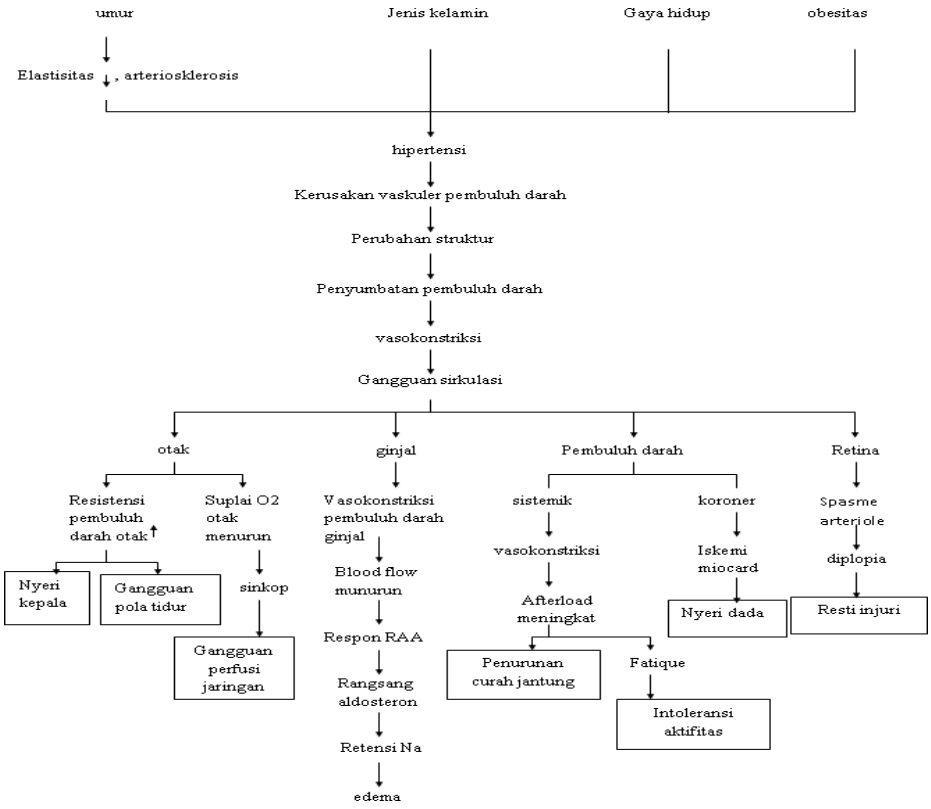
Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami ateriosklerosis (Anggraini, 2016).

9. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak.Dari pusat vasomotor ini bermula impuls saraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalisganglia simpatis di thorak dan abdomen.Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan kontriksipembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor yang kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkanpeningkatan volume tekanan intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

10. PATHWAY



1) Tidak ada gejala

   Tidak ada gejala spesifisk yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah terartur.

2) Gejala yang lazim

   Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelarahan. Dalam kenyataanya ini merupakan gejala terlazim yang mengenaai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

   Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

   a) Mengeluh sakit kepala, pusing
   b) Lemas, kelelahan
   c) Sesak nafas
   d) Gelisah
   e) Mual

f) Muntah
g) Epistaksis
h) Kesadaran menurun

12. Tanda dan Gejala

bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun- betahun berupa :

a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial
b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
c. Keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba
d. Tengkuk terasa pegal

13. Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang pemerikasaan diagnostik biasanya dokter akan menginstruksikan pemeriksaan penunjang , diantaranya :

h. Kreatinin serum: untuk mengetahui keadaan perfusi ginjal.
i. Kalium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
j. Hematokrit: pada penderita hipertensi kadar hematokrit dalam darah meningkat seiring dengan meningkatnya kadar natrium dalam darah. Pemeriksaan hematokrit diperlukan juga untuk mengikuti perkembangan pengobatan hipertensi.
k. Pemeriksaan tiroid, hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
l. Kadar aldosteron urin/serum untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
m. Urinalisa: darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal atau adanya diabetes.
n. EKG: pembesaran ventrikel kiri dan gambaran kardiomegali dapat dideteksi dengan pemeriksaan ini. Dapat juga menggambarkan apakah hipertensi telah lama berlangsung.

14. Penatalaksanaan

a) Terapi tanpa Obat

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

1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah:

b) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hari menjadi 5 gr/hari
c) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
d) Penurunan berat badan
e) Penurunan asupan etanol
f) Menghentikan merokok
g) Diet tinggi kalium

2) Latihan fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip, yaitu:

a) Macam olahraga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang, dan lain-lain.
b) Intensitas olah raga yang baik antara 60-80% dari kapasitas aerobic atau 72-87% dari denyut nadi maksimal dapat ditentukan dengan rumus 220-umur.
c) Lamanya latihan berkisar antara 20-25 menit berada dalam zona latihan.
d) Frekuensi latihan sebaiknya 3x perminggu dan paling baik 5x perminggu.

3) Edukasi psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi:

a) Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh

yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal. Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatic seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan spikologis seperti kecemasan dan ketegangan,

b) Tehnik Relaksasi

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

c) Pendidikan kesehatan (penyuluhan)

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

b. Terapi dengan Obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat.Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita. Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure, Usa, 1998)* menyimpulkan bahwa obat diuretik, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Pengobatannya meliputi:

1) Step 1: Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor.
2) Step 2: Alternatif yang bisa diberikan
   a) Dosis obat pertama dinaikan
   b) Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama

c) Ditambah obat ke-2 jenis lain, dapat berupa diuretika, beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator

3) Step 3: Alternatif yang bisa ditempuh
   a) Obat ke-2 diganti
   b) Ditambah obat ke-3 jenis lain
4) Step 4: Alternatif pemberian obatnya
   a) Ditambah obat ke-3 dan ke-4
   b) Re-evaluasi dan konsultasi