

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN KONSEP KEBUTUHAN DASAR**

##### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow, manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang penting, bermanfaat atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki meliputi 5 kategori kebutuhan dasar sebagai berikut.

##### **a. Kebutuhan Fisiologis (Physiologic Needs)**

Pada tingkat yang paling bawah, terdapat kebutuhan yang fisiologis (kebutuhan akan udara, makanan, minuman dan sebagainya) yang ditandai oleh kekurangan (defisit) sesuatu dalam tubuh yang bersangkutan. Kebutuhan ini dinamakan juga kebutuhan dasar (basic needs) yang jika tidak dipenuhi dalam keadaan yang sangat ekstrem (misalnya kelaparan) manusia yang bersangkutan kehilangan kendali atas perilakunya sendiri karena seluruh kapasitas manusia tersebut dikerahkan dan dipusatkan hanya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya itu. Sebaliknya, jika kebutuhan dasar ini relative sudah tercukupi, muncullah kebutuhan yang lebih tinggi yaitu kebutuhan akan rasa aman (safety needs). Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu

memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu sebagai berikut:

- a) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas;
- b) Kebutuhan cairan dan elektrolit;
- c) Kebutuhan makanan;
- d) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi;
- e) Kebutuhan istirahat dan tidur;
- f) Kebutuhan aktivitas;
- g) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh; dan
- h) Kebutuhan seksual.

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)

Jenis kebutuhan yang kedua ini berhubungan dengan jaminan keamanan, stabilitas, perlindungan, struktur, keteraturan, situasi yang bias diperkirakan, bebas dari rasa takut dan camas, dan sebagainya. Oleh karena adanya kebutuhan inilah maka manusia membuat peraturan, undang-undang mengembangkan kepercayaan, membuat system, asuransi, pension, dan sebagainya. Sama halnya dengan *basic needs*, kalau *safety needs* ini terlalu lama dan terlalu banyak tidak terpenuhi, maka pandangan seseorang tentang dunianya dapat terpengaruh dan pada gilirannya pun perilakunya akan cenderung ke arah yang makin negative. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis, kebutuhan ini meliputi sebagai berikut:

- a) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi;
  - b) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
  - c) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru dan asing.
- c. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki, dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)
- Setelah kebutuhan dasar dan rasa aman relative dipenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai (*belongingness and love needs*). Setiap orang ingin setia kawan dan butuh kesetakawaaan. Setiap orang pun ingin mempunyai kelompoknya sendiri, ingin punya “akar” dalam masyarakat. Setiap orang butuh menjadi bagian dalam sebuah keluarga, sebuah kampung, suatu marga, dan lain-lain. Setiap orang yang tidak mempunyai keluarga akan merasa sebatang kara, sedangkan orang yang tidak sekolah dan tidak bekerja merasa dirinya pengangguran yang tidak berharga. Kondisi seperti ini akan menurunkan harga diri orang yang bersangkutan. Kebutuhan ini meliputi sebagai berikut:
- 1) Memberi dan menerima kasih sayang
  - 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
  - 3) Kehangatan
  - 4) Persahabatan
  - 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.
- d. Kebutuhan Harga Diri (*self- Esteem Needs*)
- Di sisi lain, jika kebutuhan tingkat tiga relative sudah terpenuhi, maka timbul kebutuhan akan harga diri (*self-Esteem Needs*). Ada dua macam kebutuhan akan harga diri. Pertama adalah kebutuhan-kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kompetensi, percaya diri, dan kemandirian. Sementara yang kedua adalah kebutuhan akan harga diri akan tampil sebagai orang yang percaya diri, tidak bergantung pada orang lain, dan selalu siap untuk berkembang terus untuk selanjutnya meraih kebutuhan

yang tertinggi yaitu aktualisasi diri (*self actualitation*). Kebutuhan ini meliputi sebagai berikut.

- 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
- 2) Kompeten
- 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

## **2. Konsep Dasar Pengetahuan**

### **1. Definisi pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dibagi menjadi menjadi dua jenis, yaitu pengetahuan implisit dan eksplisit. Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak nyata, seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Pengetahuan implisit seringkali berisi kebiasaan maupun kebudayaan yang bahkan tidak dapat disadari. Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan dalam wujud nyata (Budiman & Riyanto, 2013).

### **2. Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

#### **1. Tahu (*know*)**

Tahu adalah kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya maupun mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari

seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan (Notoatmodjo, 2007).

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar (Budiman & Riyanto, 2013).

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (Budiman & Riyanto, 2013). Aplikasi dapat juga diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving*) dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan (Notoatmodjo, 2007).

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain (Budiman & Riyanto, 2013).

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis dengan kata lain adalah suatu kemampuan untuk menyusun suatu formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkaskan, dan menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek (Budiman & Riyanto, 2013). Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau

menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare disuatu tempat, dapat menafsirkan sebab-sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

### **3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan dapat dipengaruhi beberapa factor, yaitu:

#### **1. Pendidikan**

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah ( formal maupun nonformal) dan berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin banyak menerima informasi dan semakin banyak pula pengetahuan yang akan didapat (Budiman & Riyanto, 2013).

#### **2. Informasi**

Informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui, namun ada pula yang menekankan bahwa informasi adalah sebagai transfer pengetahuan. Informasi dapat dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang dapat kita peroleh dari pengamatan maupun data dari dunia sekitar kita, serta diteruskan melalui komunikasi, pendidikan formal, dan non formal. Informasi dapat mencakup data , teks, gambar, suara, dan kode (Budiman & Riyanto, 2013).

#### **3. Sosial, Budaya, dan Ekonomi**

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status social ekonomi seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang (Budiman & Riyanto, 2013).

#### **4. Lingkungan**

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun social. Lingkungan akan berpengaruh pada proses masuknya pengetahuan kepada individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu (Budiman & Riyanto, 2013).

## 5. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang sebagai akibat interaksi dengan lingkungannya. Pengalaman yang semakin banyak akan memberikan lebih banyak keahlian dan keterampilan . Pengetahuan dan keterampilan yang terus diasah dengan variasi kasus dapat menambah pengetahuan ( Eriawan, *et al.*, 2013).

## 6. Usia

Usia akan mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia semakin bertambah pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, dengan begitu pengetahuan yang diperolehnya semakin baik (Budiman & Riyanto, 2013). Bertambahnya usia seseorang dapat berpengaruh pada pertambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada usia-usia tertentu mengingat atau menjelang atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang (Hanifah, 2010).

## **B. TINJAUAN ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### 1. Data Umum

Tanyakan identitas pasien yang terdiri dari nama, alamat, tempat dan tanggal lahir, usia klien yang berumur lebih 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Dengan jenis kelamin hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira 55 tahun. Resiko pada pria dan wanita hampir sama antara usia 55 sampai 74 tahun, wanita beresiko lebih besar, agama, diagnosa yang diderita.

#### 2. Keluhan utama

Tanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan klien sehingga ia perlu pertolongan. Keluhan yang harus diperhatikan antara lain sesak napas, nyeri dada menjalar ke arah lengan, cepat lelah, batuk lender atau berdarah, pingsan, berdebar-debar dan lainnya, sesuai dengan patologi

penyakitnya.

3. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Tanyakan tentang perjalanan penyakit sejak keluhan hingga klien meminta pertolongan. Misal :

- a. Tanyakan sejak kapan keluhan dirasakan.
- b. Berapa kali keluhan terjadi
- c. Bagaimana sifat keluhan.
- d. Kapan dan apa penyebab keluhan.
- e. Kadang apa yang memperburuk dan memperingan keluhan.
- f. Bagaimana usaha untuk mengatasi keluhan sebelum meminta petolongan.
- g. Berhasilkan tindakan tersebut.

4. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)

Tanyakan tentang penyakit yang pernah dialami sebelumnya:

- a. Tanyakan apakah klien pernah dirawat sebelumnya
- b. Dengan penyakit apa
- c. Pernahkan mengalami sifat yang berat
- d. Riwayat keluarga
- e. Kebiasaan merokok

5. Pola sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Penderita hipertensi harus diperhatikan untuk tidak mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (misalnya : gorengan, keju, telur) gula yang berwarna hitam yang tinggi kalori. Hipertensi disertai adanya mual dan muntah sehingga mengalami perubahan berat badan.

b. Pola Eliminasi

Tidak semua dari pendrita hipertensi mengalami gangguan ginjal seperti infeksi obstruksi atau riwayat penyakit ginjal lalu.

c. Pola aktivitas



Penderita hipertensi sering mengeluh kelelahan, letih, nafas pendek, gaya monoton.

d. Pola istirahat

Penderita hipertensi sering mengeluh pusing hingga mengganggu kualitas tidur.

e. Personal hygiene

Penderita hipertensi berat akan kesulitan melakukan personal hygiene dengan melakukan sbin.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Tanda-tanda vital dan status gizi:

1. Suhu
2. Tekanan darah
3. Nadi
4. Respirasi

b. Pengkajian fisik yang meliputi:

Pemeriksaan Jantung

1. Infeksi : Kekuatan denyut jantung dapat diobservasi dengan mengamati gerakan jantung pada dada
2. Palpasi : Untuk mengenal ukuran jantung dan denyut nadi.  
Pembesaran yang terjadi mungkn karena hipertropi
3. Perkusi : Redup, batas jantung ICS II linea sternalis kanan ICS II linea sternalis kiri, ICS II 2-3cm kekiri dari linea sternalis kiri, ICS IV linea sternalis kanan/kiri- ICS V mid klavikula line kiri.
4. Auskultasi : Terdengar SI,S2 tunggal/regular

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
- b. Pemeriksaan retina

- c. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
- d. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- e. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa
- f. Pemeriksaan : renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsinya ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
- g. Foto dada dan CT scan.

8. Rencana keperawatan

**Tabel 1 Rencana Keperawatan**

Tujuan berdasarkan SLKI dan intervensi berdasarkan SIKI Pada Lansia Hipertensi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Defisit Pengetahuan

| Diagnosa keperawatan | Tujuan   | Intervensi  |
|----------------------|--|---|
| Defisit pengetahuan  | <p>Tingkat pengetahuan Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat.</li> <li>2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat.</li> <li>3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat ditandai dengan klien mampu menjawab lembar observasi dengan baik.</li> <li>4. Masalah yang dihadapi membaik.</li> <li>5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.</li> <li>6. Menjalani pemeriksaan yang tepat</li> </ol> | <p>Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan faktor resiko yang dapat</li> </ol> |

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
|  | 7. Perilaku pola hidup sehat membaik. | <p>mempengaruhi kesehatan.</p> <p>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> |
|--|---------------------------------------|---|

## 8. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI DPP PPNI, 2018). Perawat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun pada tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Kozier dkk, 2011).

Tekanan darah tinggi pada lansia hipertensi dapat dikontrol dengan mengonsumsi obat tradisional. Obat tradisional tersebut antara lain jus mentimun dengan bahan dua buah mentimun, gula (secukupnya), satu buah jeruk lemon (peras airnya), es serut (secukupnya jika perlu), setengah gelas air minum. Cara membuatnya bersihkan buah mentimun lalu potong kecil-kecil sesuai selera, masukan ke dalam blender, tambahkan setengah gelas air putih dan blender buah mentimun hingga hancur, tambahkan gula, air jeruk lemon dan sedikit es serut (jika perlu), lalu blender lagi hingga mentimun halus, saring jus mentimun ke dalam gelas dan tambahkan es serut ke dalam gelas (jika perlu), jus buah mentimun telah siap untuk disajikan dan menjadi minuman penurun darah yang menyehatkan (Fimela, 2016)

## 9. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu Evaluasi Formatif dan Evaluasi Sumatif. Evaluasi Formatif menggambarkan hasil observasi dan analisis perawat terhadap

respon klien segera setelah tindakan. Evaluasi sumatif menjelaskan perkembangan kondisi dengan menilai hasil yang diharapkan telah tercapai. (Deswani, 2011)

Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada klien dengan defisit pengetahuan adalah:

- a. Klien mampu meningkatkan pengetahuan tentang masalahnya
- b. Klien mampu memotivai diri sendiri dengan masalah yang dihadapi
- c. Klien mampu memahami proses informasi yang disampaikan
- d. Klien mampu mengatasi tingkat agitasi yang dihadapi

### **C. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### **1. Definisi Hipertensi**

Hipertensi atau darah tinggi sangat bervariasi bergantung bagaimana seseorang memandangnya. Secara umum hipertensi adalah kondisi tekanan darah seseorang yang berbeda di atas batas-batas tekanan darah normal. Hipertensi disebut juga pembuluh gelap atau *silent killer*. Hipertensi dengan secara tiba-tiba dapat mematikan seseorang tanpa diketahui gejalanya terlebih dahulu.

Hipertensi adalah faktor penyebab timbulnya penyakit berat seperti serangan jantung, gagal ginjal, dan stroke. Apalagi di masa sekarang ini, pola makan masyarakat Indonesia yang sangat menyukai makanan berlemak dan yang berasa asin atau gurih, terutama makanan cepat saji yang memicu timbulnya kolestrol tinggi. Kolestrol tinggi juga sering dituduh sebagai penyebab utama penyakit hipertensi di samping adanya faktor keturunan.

Gejala hipertensi sering dikenali sebagai penyakit biasa yang tidak perlu dikhawatirkan. Misalnya saja sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernafas setelah beraktivitas, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah (*mimisan*), saat malam hari sering buang air kecil, telinga berdenging, dan dunia terasa berputar (*vertigo*). Kondisi

seperti ini sering dianggap sebagai gejala penyakit ringan yang tidak perlu di cemas.

## 2. Klasifikasi Hipertensi

### 1. Hipertensi *Essensial*

Hipertensi *essensial* atau idiopatik adalah hipertensi tanpa kelainan dasar patologis yang jelas. Lebih dari 90% kasus merupakan hipertensi *essensial*. Penyebab hipertensi meliputi faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik mempengaruhi kepekaan terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, reaktivitas pembuluh darah terhadap vasokonstriktor, resistensi, insulin dan lain-lain. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan antara lain diet, kebiasaan merokok, stress emosi, obesitas dan lain-lain (Nafrialdi,2009).

### 2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi yang disebabkan oleh penyakit ginjal (hipertensi renal), penyakit endokrin (hipertensi endokrin), dan obat-obatan yang lain. Hipertensi renal dapat berupa:

- h. Hipertensi Renovaskuler, adalah hipertensi akibat lesi pada arteri ginjal sehingga mengakibatkan hipotensi ginjal.
- i. Hipertensi akibat lesi pada parenkim ginjal mengakibatkan gangguan fungsi ginjal. Hipertensi endokrin terjadi akibat kelainan korteks adrenal. Penyakit yang menimbulkan hipertensi adalah koarktasio aorta, kelainan neurologik, stress akut, polisitemia.

### 3. Jenis Tekanan Darah

Tekanan darah dibedakan menjadi 2:

- 1. Tekanan darah sistolik : sering disebut tekanan darah “atas” , adalah tekanan yang muncul saat bilik-bilik jantung memompa darah yang berbeda penuh di dalamnya ke seluruh tubuh.
- 2. Tekanan darah diastolic : sering disebut juga tekanan darah “bawah” adalah tekanan darah yang muncul saat bilik-bilik jantung terisi darah dari seluruh tubuh ( 1 Putu Yuda A, 2011).

Tabel 2 Klasifikasi Tekanan Darah

| Klasifikasi Tekanan Darah | Tekanan Darah Sistolik (mmHg) | Tekanan Darah Diastolik (mmHg) |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Normal                    | < 120                         | <80                            |
| Prehipertensi             | 120-139                       | 80-89                          |
| Hipertensi stage I        | 140-159                       | 90-99                          |
| Hipertensi stage II       | >160                          | >100                           |

#### Manifestasi Klinis Hipertensi

Pada umumnya gejala hipertensi antara lain adalah :

1. Sakit kepala
2. Kelemahan
3. Mual
4. Muntah
5. Sesak nafas
6. Gelisah
7. Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal (Dorothy, 2011).

#### Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi

Berikut ini adalah faktor terjadinya hipertensi menurut Black & Hawks (2014) :

##### a. Faktor-faktor resiko yang tidak dapat diubah

##### 1. Riwayat Keluarga

Hipertensi dianggap poligenik dan multifactorial yaitu, pada seseorang dengan riwayat keluarga, beberapa gen berinteraksi dengan yang lainnya dan juga lingkungan yang dapat menyebabkan tekanan darah naik dari waktu ke waktu. Klien dengan orang tua yang memiliki hipertensi berada pada risiko hipertensi yang lebih tinggi pada usia muda,

##### 2. Usia

Hipertensi primer biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60% klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Diantara orang dewasa, pembacaan tekanan darah sistolik lebih dari pada tekanan darah diastolic karena merupakan predictor yang lebih baik untuk kemungkinan kejadian dimasa depan seperti penyakit jantung coroner, stroke, gagal jantung, dan penyakit ginjal.

### 3. Jenis Kelamin

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Resiko pada pria dan wanita hamper sama antara usia 55 sampai 74 tahun, wanita beresiko lebih besar.

### 4. Etnis

Peningkatan prevalensi hipertensi diantara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi peningkatannya dikaitkan dengan kadar rennin yang lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopressin, tingginya asupan garam, dan tinggi stress lingkungan.

### j. Faktor-faktor resiko yang dapat diubah

#### 1. Diabetes Melitus

Hipertensi telah terbukti terjadi lebih dua kali lipat pada klien diabetes melitus karena diabetes mempercepat aterosklerosis dan menyebabkan hipertensi karena kerusakan pada pembuluh darah besar.

#### 2. Stres

Stres meningkatkan resistensi vasikuler perifer dan curah jantung serta menstimulasi aktivitas syaraf simpatis. Stress adalah masalah persepsi, interpretasi orang terhadap kejadian

yang menciptakan banyak stressor dan respon stress.

### 3. Obesitas

Obesitas terutama pada tubuh bagian atas, dengan meningkatnya jumlah lemak disekitar diaphragma, pinggang dan perut, dihubungkan dengan pengembangan hipertensi. Kombinasi obesitas dengan faktor-faktor lain dapat ditandai dengan sindrom metabolis, yang juga meningkatkan resiko hipertensi.

### 4. Gaya Hidup

Gaya hidup yang berlebihan mengonsumsi garam bisa menjadi pencetus hipertensi pada individu. Diet tinggi garam menyebabkan pelepasan hormone natriuretic yang berlebihan, yang mungkin secara tidak langsung meningkatkan tekanan darah. Muatan natrium juga menstimulasi mekanisme vasesor didalam system saraf pusat. Penelitian juga menunjukkan bahwa asupan diet rendah kalsium, kalium, dan magnesium dapat berkontribusi dalam pengembangan hipertensi.

### 5. Penyalahgunaan Obat

Merokok sigaret, mengonsumsi banyak alcohol, dan beberapa penggunaan obat terlarang merupakan faktor-faktor resiko hipertensi. Pada dosis tertentu nikotin dalam rokok sigaret serta obat seperti kokain dapat menyebabkan naiknya tekanan darah secara langsung.

### **Patofisiologi Hipertensi**

Pengaturan tekanan arteri meliputi control system saraf kompleks dan hormonal yang saling berhubungan antara satu dengan yang lain dalam mempengaruhi curah jantung dan



tahanan vaskuler perifer, yang ikut serta dalam mempengaruhi tekanan darah yaitu reflex baroreseptor dengan mekanismenya. Curah jantung ditentukan oleh volume sekuncup dan frekuensi jantung, dan tahanan perifer ditentukan oleh keadaan tahanan perifer ditentukan oleh diameter arteriol, jika diameternya mengalami penurunan (vasokonstriksi) maka tahanan perifernya akan meningkat dan sebaliknya jika diameternya mengalami peningkatan (vasodilatasi) maka tahanan perifernya akan menurun. Pengaturan primer tekanan arteri dipengaruhi oleh baroreseptor pada sinus karotikus dan arkus aorta yang menyampaikan impuls kepada pusat saraf simpatis di medulla oblongata, impuls tersebut akan menghambat stimulasi saraf simpatis (Muttaqin, 2009).

Tekanan pada arteri akan meningkat, sehingga ujung-ujung baroreseptor akan teregang atau melebar dan memberikan respons terhadap penghambat saraf simpatis, dengan respons terjadinya pusat akselerasi gerak jantung dihambat. Mekanisme lain yang mempunyai reaksi jangka panjang dari adanya peningkatan tekanan darah oleh faktor ginjal. Rennin yang dilepaskan oleh ginjal ketika aliran darah ke ginjal menurun sehingga terbentuk angiotensin I, yang kemudian berubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan mengakibatkan kontraksi arteriol secara langsung, sehingga resistensi perifer menjadi meningkat, yang secara tidak langsung juga akan merangsang pelepasan aldosterone, yang menyebabkan terjadinya retensi natrium dan air dalam ginjal serta menstimulasi perasaan haus, selain itu juga pelepasan eritropoitin yang menyebabkan produksi sel darah merah meningkat. Manifestasi dari ginjal dan secara simultan tekanan darah juga akan meningkat

(Mutakin, 2009).

### **Kompilasi Hipertensi**

Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ tubuh sebagai berikut :

#### 1. Stroke

Peningkatan tekanan di dalam pembuluh darah akan mempercepat terjadinya plak pada lapisan endotel pembuluh darah, pembuluh darah akan rusak sehingga mudah terjadinya ruptur atau pecah dan kemudian akan terbentuk thrombus. Trombus dapat menyumbat pembuluh darah secara local maupun pecah menjadi emboli dan kemudian ikut aliran darah kedalam system serebrovaskuler. Plak atau emboli tersebut akan terbawa arus dan menumpuk pada arteri yang lebih sempit, seperti arteri pada otak. Akibatnya, suatu ketika tekanan darah yang meninggi akan membuat pecahnya pembuluh darah yang tersumbat tersebut (Kurniadi & Nurrahmani, 2014).

#### 2. Gagal Ginjal

Gagal ginjal terjadi karena kerusakan secara progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal glomerulus. Dimulai dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Rusaknya membran glomerulus protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan asmotik koloid plasma dan berkurang dan menyebabkan edema (Triyanto, 2014).

#### 3. Gagal Jantung

Kegagalan jantung dalam memompa darah kembali ke jantung dengan cepat mengakibatkan edema, karena cairan terkumpul di paru-paru, kaki, dan jaringan yang lain.

Tekanan yang tinggi juga menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan masuk ke ruang interstisium (Triyanto, 2014).

### **Penatalaksanaan Pada Hipertensi**

Penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu:

1. Mempertahankan Berat Badan Ideal

Mengatasi obesitas juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolestrol namun kaya dengan serat dan protein, dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5-5 kg maka tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg (Wijaya & Putri, 2013).

2. Kurangi Asupan Natrium

Pengurangan konsumsi garam menjadi  $\frac{1}{2}$  sendok the/hari dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan diastolic sebanyak 2,5 mmHg. Diet yang mengandung kalium dan kalsium Pertahankan asupan diet potassium ( $>90$  mmol (3500 mg/(hari) dengan cara konsumsi diet tinggi buah dan sayur seperti: Pisang, alpukat, papaya, jeruk, apel, kacang-kacangan, kentang dan diet rendah lemak dengan cara mengurangi asupan lemak jenuh dan lemak total. Sedangkan kalium dapat menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersama urin. Dengan mengonsumsi buah-buahan sebanyak 3-5 kali dalam sehari, seseorang bisa mencapai asupan potassium yang cukup (Wijaya & Putri, 2013).

### 3. Penurunan Stress

Stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi (Wijaya & Putri, 2013).

### 4. Penghentian Rokok

Merokok dihubungkan dengan efek presor, dengan peningkatan tekanan darah sekitar 107 mmHg pada pasien hipertensi 15 menit setelah merokok dua batang. Efek itu semakin kuat jika minum kopi. Selain itu, merokok juga meurunkan efek antihipertensi beta blocker. Oleh karena itu semua pasien hipertensi yang merokok harus mendapatkan konseling (Wijaya & Putri, 2013).

### 5. Olahraga / Aktivitas

Olahraga dinamis sedang (30-45 menit, 3-4 kali / minggu) efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dari orang normotensi pada umumnya. Olahraga ringan lebih efektif dalam menurunkan tekanan darah dari pada olahraga yang memerlukan tenaga banyak, misalnya lari atau jogging dapat menurunkan tekanan darah sistolik kira-kira 4-8 mmHg. Olahraga isometri seperti angkat berat dapat mempunyai efek stresor dan harus dihindari (Corwin, 2009).

### 6. Relaksasi

Relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja system saraf simpatis dan para simpatis. Relaksasi ini mampu menghambat stress atau ketegangan jiwa yang dialami seseorang sehingga tekanan darah tidak meninggi atau turun. Dengan demikian relaksasi akan membuat kondisi seseorang dalam keadaan

rilaks atau tenang. Dalam mekanisme autoregulasi, relaksasi dapat menurunkan tekanan darah melalui penurunan denyut jantung dan TPR (Corwin, 2009).

Ada empat relaksasi, yaitu: relaksasi otot, pernapasan diafragma, meditasi dan relaksasi perilaku (Miltenberger, 1994 dalam Widyastuti, 2003).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suardianto dan Erlin (2011) menyebutkan bahwa relaksasi nafas dalam selama 15 menit dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 9mmHg dan tekanan darah diastolic sebesar 10 mmHg. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sudiarto, at-al. (2007) bahwa terapi relaksasi meditasi yang dilakukan selama satu bulan dengan lama latihan 2x15 menit dengan prekuensi 3 kali / minggu dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 7.67 mmHg.

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Keluarga**

#### **a. Pengertian Keluarga**

Keluarga didefinisikan dalam berbagai cara. Definisi keluarga berbeda-beda, tergantung kepada teoritis “pendefinisi” yaitu dengan menggunakan menjelaskan yang penulis cari untuk menghubungkan keluarga. Misal para penulis mengikuti orientasi teoritis interaksionalis keluarga, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian, dengan demikian menekankan karakteristik

transaksi dinamika. Para penulis yang mendukung suatu perspektif sistem sistem sosial terbuka ukuran kecil yang terdiri dari seperangkat bagian yang sangat tergantung sama lain dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem yang ekstrem (Friedman, 1998)

**b. Tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa**

Setelah mengalami masa kanak-kanak dan remaja yang panjang, seorang individu akan mengalami masa dimana ia telah menyelesaikan pertumbuhannya dan mengharuskan dirinya untuk berkecimpung dengan masyarakat bersama dengan orang dewasa lainnya. Masa dewasa muda biasanya dimulai sejak usia 18 tahun sampai dengan kira-kira usia 40 tahun dan biasanya ditandai dengan selesainya pertumbuhan pubertas dan organ kelamin anak telah berkembang dan mampu memproduksi. Pada masa ini, individu akan mengalami perubahan fisik dan psikologis tertentu bersamaan dengan masalah-masalah penyesuaian diri dan harapan-harapan terhadap perubahan tersebut.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak dewasa di antaranya memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua, membantu anak untuk mandiri di masyarakat, penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga (Friedman, 1998).

**c. Tugas Keluarga**

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- 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 (Komang Ayu H.A, 2010).
- b. 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 negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit (Komang Ayu H.A, 2010).
- c. 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 (Komang Ayu H.A, 2010).
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti 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 (Komang Ayu H.A, 2010).
- 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 (Komang Ayu H.A, 2010).

#### **d. Peran Perawat Keluarga**

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Friedman, 2010).

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip berikut : (a) melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif, (b) memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga, (c) menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga, (d) menerima dan mengakui struktur keluarga, dan (e) menekankan pada kemampuan keluarga (Sudiharto, 2007).

Adapun peran perawat keluarga menurut Sudiharto (2007) adalah sebagai berikut :

##### **a. Sebagai Pendidik**

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Terutama pada keluarga dengan anemia pada ibu hamil, perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, pengertian, tanda dan gejala, akibat yang ditimbulkan dan cara pengobatan pada ibu hamil dengan anemia.

##### **b. Sebagai Koordinator**

Pelaksana Pelayanan Keperawatan Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan.

##### **c. Sebagai supervisor pelayanan keperawatan**

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga



berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

d. Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

e. Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah.

f. Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga biasanya terjadi menurut siklus atau budaya yang dipraktikkan keluarga.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan bertujuan memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga, fungsi keluarga menjadi optimal, setiap individu di dalam keluarga tersebut memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh hal-hal yang sifatnya negatif sehingga memiliki kemampuan berpikir yang cerdas (Sudiharto, 2007).

## C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Pengkajian

Menurut Friedman (2010) membagi proses keperawatan keluarga ke dalam tahap-tahap meliputi identifikasi data, tahap, dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga dan koping keluarga.

#### 1). Data Umum

- a. Identitas kepala keluarga
- b. Nama kepala keluarga
- c. Umur (KK)
- d. Pekerjaan kepala keluarga
- e. Pendidikan kepala keluarga
- f. Alamat dan nomer telepon
- g. Komposisi anggota keluarga

Tabel 3. Komposisi anggota keluarga

| Nama | Umur | Sex | Hubungan dengan KK | Pendidikan | Pekerjaan | Keterangan |
|------|------|-----|--------------------|------------|-----------|------------|
|      |      |     |                    |            |           |            |

**Sumber: Achjar, 2010**

#### h. Genogram

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

#### i. Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 ( dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

##### 1) Keluarga tradisional

- (1) Keluarga inti (*nucler family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat
  - (2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman dan bibi.
  - (3) Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
  - (4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
  - (5) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
  - (6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut
- 2) Keluarga non tradisional
- (1) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
  - (2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
  - (3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- j. Suku bangsa
- 1) Asal suku bangsa keluarga
  - 2) Bahasa yang dipakai keluarga
  - 3) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
- k. Agama
- 1) Agama yang dianut keluarga
  - 2) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- l. Status social 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)
- m. Aktifitas rekreasi keluarga
- k. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
- 1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
  - 2) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)
  - 3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)
  - 4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)
  - 5) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)
  - 6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
  - 7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
  - 8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- c. Riwayat keluarga inti
- d. Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
- 1) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
  - 2) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

1. Lingkungan
  - a. Karakteristik rumah:
    - 1) Ukuran rumah (luas rumah)
    - 2) Kondisi dalam dan luar rumah
    - 3) Kebersihan rumah
    - 4) Ventilasi rumah
    - 5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
    - 6) Air bersih
    - 7) Pengeluaran sampah
    - 8) Kepemilikan rumah
    - 9) Kamar mandi/wc
    - 10) Denah rumah
  - b. Karakteristik tetangga dan komunikasi 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) Perkumpulan/organisasi social yang diikuti oleh anggota keluarga
  - e. Sistem pendukung keluarga

Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010).
  - m. 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 (Setiadi, 2008).

b. Struktur kekuasaan 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 mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
- 3) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

c. Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari 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).

n. Fungsi keluarga

a. Fungsi efektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap anggota keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan

b. Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

- 3) Fungsi perawatan kesehatan
  - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
  - b) Bila ditemui data maladaptive, langsung lakukan penajangan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar,2010).
- o. Stres dan coping keluarga
  - a. Sressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor, jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih kurang 6 bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan (Setiadi, 2008).
  - b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).
  - c. Strategi coping yang digunakan

Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
  - d. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).
- p. Pemeriksaan fisik
  - a. Aktivitas/istirahat
    - a. Gejala : Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.
    - b. Tanda : Fekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea

b. Sirkulasi

a. Gejala:

- (1) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler.
- (2) Episode palpitasi

b. Tanda:

- (1) Peningkatan tekanan darah
- (2) Nadi denyutan jelas dan karotis, jugularis, radialis, takikardia.
- (3) Murmur stenosis vulvular
- (4) Distensi vena jugularis
- (5) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin
- (6) Pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda

c. Integritas ego

a) Gejala:

Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, berkaitan dengan pekerjaan.)

b) Tanda: letupan suasana hati, gelisah penyempitan perhatian, tangis meledak, otot muka tegang, menghela napas, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala: gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu

e. Makanan/cairan

a) Gejala:

- (1) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolestrol
- (2) Mual, muntah dan perubahan bb saat ini (meningkat/menurun)

b) Tanda:

- (1) Berat badan normal atau obesitas



(2) Adanya edema

(3) Glikosuria

f. Neurosensori

a) Gejala:

(1) Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

(2) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistakis)

b) Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, prosesikir

g. Nyeri

Gejala: angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), sakit kepala

h. Pernapasan

a) Gejala:

(1) Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea

(2) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputum

(3) Riwayat merokok

b) Tanda:

(1) Distres pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan.

(2) Bunyi napas tambahan (crackles/mengi)

(3) Sianosis

i. Keamanan

Gejala: gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

j. Pembelajaran penyulham

a) Gejala:

(1) Faktor risiko keluarga : hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM

(2) Faktor lain seperti penggunaan pil kb atau hormone lain, penggunaan alcohol/obat.

k. Harapan keluarga

l. Terhadap masalah kesehatan keluarga

m. Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2017).

**a. Analisa data**

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

a. Diagnosis sehat/wellness

Diagnose sehat/wellness, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (symptom/sign), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancaman (resiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis symptom/sign (S).

c. Diagnosis nyata atau gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya 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 :

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :

- a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - b) Pengertian
  - c) Tanda dan gejala
  - d) Faktor penyebab
  - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
- a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  - b) Masalah dirasakan keluarga
  - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
  - d) Sikap negative terhadap masalah kesehatan
  - e) Kurang peraya terhadap tenaga kesehatan
  - f) Informasi yang salah
- n. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- o. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - b) Pentingnya hygiene sanitasi
  - c) Upaya pencegahan penyakit
- p. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - b) Keuntungan yang didapat
  - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnose keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada table :

Tabel 4 Skoring prioritas masalah keperawatan keluarga

| No            | Kriteria                                    | Nilai | Bobot |
|---------------|---|-------|-------|
| 1.            | Sifat masalah :                             |       |       |
|               | ▪ Tidak/kurang sehat                        | 2     | 1     |
|               | ▪ Ancaman kesehatan                         | 2     |       |
| ▪ Krisis      | 1   |       |       |
| 2             | Kemungkinan masalah dapat diubah            |       |       |
|               | ▪ Dengan mudah                              |       | 2     |
|               | ▪ Hanya sebagian                            |       |       |
| ▪ Tidak dapat |   |       |       |
| 3             | Potensi masalah untuk diubah                |       |       |
|               | ▪ Tinggi                                    | 2     | 1     |
|               | ▪ Cukup                                     | 1     |       |
| ▪ Rendah      | 0   |       |       |
| 4             | Menonjolnya masalah                         |       |       |
|               | ▪ Masalah berat harus ditangani             | 3     | 1     |
|               | ▪ Masalah yang tidak perlu segera ditangani | 2     |       |
|               | ▪ Masalah tidak dirasakan                   | 1     |       |
|               | 0   |       |       |

### Skoring

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria

- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- d. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a. Gangguan pola tidur pada keluarga bapak K khususnya ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- b. Defisit pengetahuan pada keluarga bapak K khususnya ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

**b. Intervensi keperawatan keluarga**

Rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat yang membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga. Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien.