

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A.KONSEP PENYAKIT

1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung, Menurut organisasi kesehatan (*WHO*),batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg, sedangkan bila lebih dari 140/90 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi, dan di antara nilai tersebut sebagai normal-tinggi. (batasan tersebut diperuntukkan bagi individu dewasa diatas 18 tahun). Batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/85 mmHg. Sebetulnya batas antara tekanan darah tinggi tidaklah jelas, sehingga klasifikasi hipertensi dibuat berdasarkan tingkat tingginya tekanan darah yang mengakibatkan peningkatan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah (Triyanto E. 2014:7)

2. Klasifikasi

a. Klasifikasi berdasarkan etiologi

1) hipertensi esensial (primer)

Sembilan puluh persen penderita hipertensi mengalami hipertensi esensial (primer).Penyebabnya secara pasti belum diketahui.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi esensial, yaitu faktor genetik, stres, dan psikologis, faktor lingkungan, dan diet (peningkatan penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium atau kalsium)

2) hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder lebih mudah dikendalikan dengan penggunaan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder di antaranya adalah berupa kelainan ginjal; seperti obesitas, retensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat-obatan, seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Majid A.2018:124)

b. klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

1) klasifikasi derajat hipertensi berdasarkan Joint National Committee (JNC 8)

Tabel 2.1

Klasifikasi hipertensi

Derajat	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolic (mmHg)
Normal	<120	Dan <80
Pre-hipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi derajat I	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat II	>160	Atau > 100

2) klasifikasi menurut ESH DAN ESC

Tabel 2.2

Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan European Society OF Hipertension (ESH)

Dan European Society OF Cardiology (ESC)

Kategori	Tekanan Sistolik (Mmhg)		Tekanan Diastolik (Mmhg)
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi derajat III	>180	dan/atau	>110
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	Dan	<90

Sumber : (Majid A. 2018:124)

3. Etiologi

Menurut Smelter dan Bare (2000) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum diketahui. kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan penyakit (Lewis ,2000). Pada hipertensi primer tidak ditemukanya penyakit renovaskuler, aldosteronism, pheochro-mocytoma, gagal ginjal, dan penyakit lainnya, genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi

primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stres, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan dan gaya hidup.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita esensial. (Triyanto E.2014 : 09)

4. Manifestasi klinis

Pengidap hipertensi menunjukkan adanya sejumlah tanda dan gejala, namun ada juga yang tanpa gejala. Hal ini menyebabkan hipertensi dapat terjadi secara berkelanjutan dan mengakibatkan sejumlah komplikasi, Tabel 2.3 menjelaskan tanda dan gejala pada hipertensi menurut Edward K. Chung.

Tabel 2.3

Manifestasi Klinis Hipertensi

Manifestasi klinis	Deskripsi
Tidak ada gejala	Hipertensi biasanya tidak akan menimbulkan gejala namun, akan menimbulkan gejala setelah terjadi kerusakan organ, misalnya jantung, ginjal, otak dan mata.
Gejala yang sering terjadi	Nyeri kepala, pusing/migrain, rasa berat ditengkuk, sulit untuk tidur, lemah dan lelah.

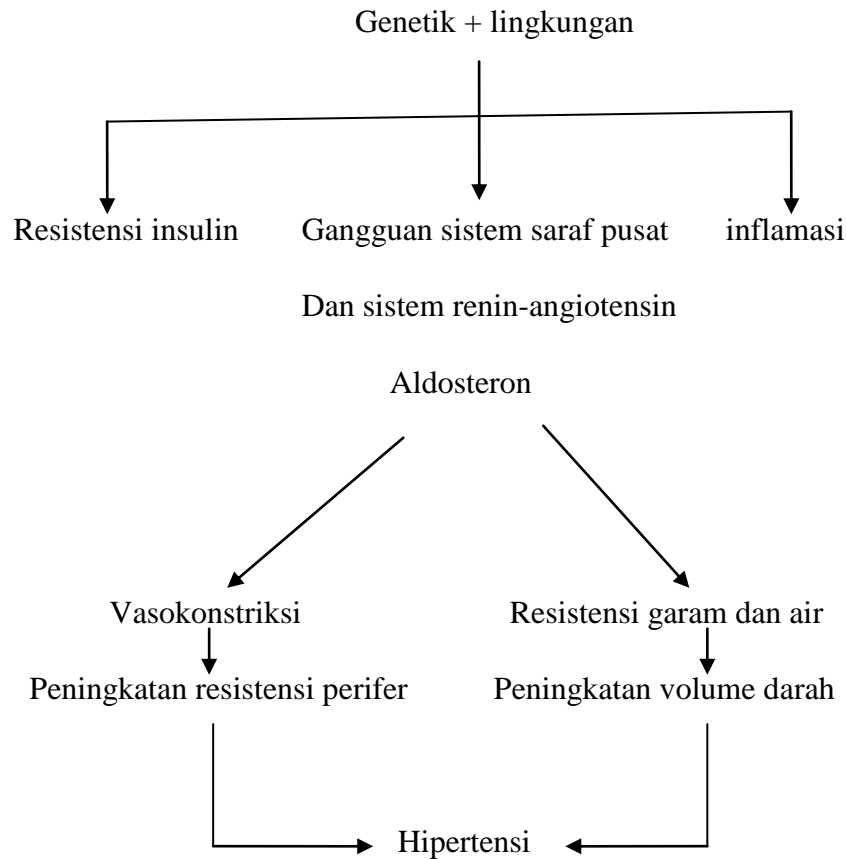
Sumber : (M.Asikin Dkk 2016 :78)

5. Patofisiologi

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor yang terdapat pada sinus karotis dan arkos aorta. Pada hipertensi, karena adanya berbagai gangguan genetik dan risiko lingkungan, maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu sistem saraf pusat dan sistem renin-angiotensin-aldosteron, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin. Resistensi insulin dan gangguan neurohormonal menyebabkan vasokonstriksi sistemik dan peningkatan resistensi perifer. Inflamasi menyebabkan gangguan ginjal yang disertai gangguan sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA) yang menyebabkan retensi garam dan air di ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah. Peningkatan retensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadinya hipertensi. Pusat yang menerima impuls yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medula di batang otak.

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut, perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada akhirnya akan menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya yaitu kemampuan aorta dan arteri besar menjadi berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer (M. Asikin Dkk 2016:7)

Gambar 2.1
Patofisiologi hipertensi



Sumber: (M.Asikin Dkk 2016:78)

6. Pemeriksaan diagnostik

Pengukuran tekanan darah, biasanya dilakukan dengan meletakkan manset lengan tiup dilengan dan tekanan darah ditentukan menggunakan alat ukur tekanan pembacaan tekanan darah, dinilai dalam mmHg, yang memiliki dua angka. nomor pertama (atau atas), mengukur tekanan diarteri saat jantung berdetak (tekanan sistolik). yang kedua (atau lebih rendah) mengukur ukuran tekanan diarteri antara ketukan (tekanan distolik).

Pengukuran tekanan darah dibagi menjadi empat kategori :

- a. Tekanan darah normal .tekanan darah normal jika berada dibawah 120/80 mmHg.
- b. Pre-hipertensi .pre-hipertensi adalah tekanan sistolik yang berkisaraan antara 120 sampai 139 mmHg atau tekanan distolik berkisar antara 80 sampai 89 mmHg .pre-hipertensi cenderung memburuk seiring berjaannya waktu.
- c. Hipertensi tahap 1.hipertensi tahap 1 adalah tekanan sistolik yang berkisar antara 140 sampai 159mmHg atau tekanan distolik berkisar antara 90 sampai 99 mmHg.
- d. Hipertensi tahap 2. hipertensi yang lebih parah, hipertensi tahap 2 adalah tekanan sistolik 160mmHg atau lebih tinggi tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih tinggi.

Kedua angka dalam pembacaan tekanan darah sangat penting namun, bagi klien pada usia 60 tahun keatas ,pembacaan sistolik lebih signifikan ,hipertensi sistolik terisolasi adalah suatu kondisi dimana tekanan diastolik normal (kurang dari 90mmHg) namun tekanan sistolik tinggi(lebih besar dari 140mmHg).ini adalah jenis tekanan darah tinggi yang umum diantara orang-orang yang berusia lebih dari 60 tahun.

Pembacaan tekanan darah tinggi bisa dilakukan dua sampai tiga kali sebelum tekanan darah tinggi benar-benar terdiagnosis, Hal ini karena tekanan darah biasanya bervariasi sepanjang hari dan tekanan ada suatu kondisi yang disebut white coat hypertension .tekanan darah umumnya harus diukur di kedua lengan untuk menentukan apakah ada perbedaan.

Pemantauan tekanan darah 24 jam yang disebut pemantauan tekanan darah ambulatori juga dapat dilakukan. Alat yang digunakan untuk tes ini digunakan untuk mengukur tekanan darah secara berkala selama 24 jam dan memberikan gambaran yang lebih akurat mengenai tekanan darah yang berubah pada siang dan malam hari.Namun perangkat ini tidak tersedia di semua pusat kesehatan dan jarang di ganti. Jika klien memiliki tekanan darah tinggi, riwayat kesehatan dan pemeriksaan juga harus dilakukan tes rutin , seperti tes urien [urinalisis], tes darah, tes kolesterol dan elektrokokolekterogram bisa di kontruksikan

untuk klien. Selain itu, tes tambahan, seperti echocardiogram, untuk memeriksa lebih banyak tanda penyakit jantung juga bisa direkomendasikan. (Jitowiyono E.2018: 211)

7. Penatalaksanaan

Penanganan hipertensi secara garis besar menurut Lewis (2000) dibagi menjadi dua jenis yaitu nonfarmakologis dan farmakologis

1. Terapi nonfarmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan agen obat dalam proses terapinya.
2. Terapi farmakologis yang menggunakan obat atau senyawa yang dalam kerjanya memengaruhi tekanan darah pasien, pengelompokan terapi farmakologis yang digunakan untuk mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi adalah Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor, Angiotensin Receptor Blocker (ARBs), beta-blocker, calcium channel blocker, direct renin inhibitor, diuretic, vasodilator. (Triyanto E.2014:3)

a. Penatalaksanaan Medis

Kategori obat yang diresepkan tergantung pada pengukuran tekanan darah dan masalah medis lainnya.

- 1) Diuretik thiazide, diuretik adalah obat yang berkerja pada ginjal untuk membantu tubuh menghilangkan sodium dan air, sehingga bisa mengurangi volume darah. diuretik thiazide sering kali merupakan pilihan obat tekanan darah tinggi yang pertama namun bukan satu-satunya. Diuretik thiazide meliputi hydrochlorothiazide (microzide), chlorthalidone dan lain-lain. diuretik atau penghambat saluran kalsium dapat bekerja lebih baik untuk orang kulit hitam dan lebih tua dari pada penghambat enzim pengubah angiotensin (ACE) saja. efek samping yang umum dari diuretik adalah peningkatan buang air kecil.
- 2) Penghambat beta (beta blocker). obat ini mengurangi beban kerja jantung dan membuka pembuluh darah, menyebabkan jantung

berdetak lebih lambat dan dengan kekuatan lebih rendah. beta blocker meliputi acebutolol(sectral), atenolol(tenormin) dan lain-lain.bila diresepkan sendiri , beta blocker tidak bekerja dengan baik,terutama padaorang kulit hitam dan lanjut usia,namun mungkin efektif bila dikombinasikan dengan obat ekanan darah lainnya.

- 3) Penghambat enzim pengubah angiotensin (ACE).obat-obatan ini membantu merelaksasi pembuluh darah dengan menghalangi pembentukan zat kimia alami yang mempersempit pembuluh darah .orang dengan penyakit ginjal kronis mungkin mendapat manfaat dari memilikiinhibitor ACE sebagai salah satu obat mereka.yang termasuk dalam ACE antara lain lisinopril (Zestril), benazepril (lotensin),kaptopril dan lainnya.
- 4) Penghambat reseptor angiotensin II ARBs.obat-obat ini membantu mengendurkan pembuluh darah dengan menghalangi zat kimia alami yang mempersempit pembuluh darah. yang termasuk golongan ARBs antara lain candesartan (Atacand) ,losartan (Cozaar) dan lain-lain.orang dengan penyakit ginjal kronis mungkin mendapat manfaat dari memiliki ARB sebagai salah satu obatnya.
- 5) Penghambat saluran kalsium.obat-obatan membantu mengendurkan otot-otot pembuluh darah dan beberapa ada yang bisa memperlambat detak jantung .penghambat saluran kalsium dapat bekerja lebih baik untuk orang kulit hitam dan lebih tua dari pada penghambat ACE saja. Yang termasuk jenisobat ini antara lain amlodipin (Norvasc), diltiazem (Cardizem,Tiazac,lainnya) dan lainnya.
- 6) Penghambat renin.Aliskiren (Tekturna) memperlambat produksi enzim, enzim yang diproduksi oleh ginjal,yang memulai serangkaian langkah kimia meningkatkan tekanan darah.tekturna bekerja dengan cara mengurangi kemampuan renin untuk memulai proses ini .karena risiko komplikasi serius,termasuk stroke,klien

sebaiknya tidak menggunakan aliskiren dengan ACE inhibitor atau ARB.

b. Penatalaksanaan keperawatan

Mengubah gaya hidup merupakan salah satu cara mengendalikan tekanan darah tinggi, misalnya menganjurkan klien makan-makanan yang sehat dengan sedikit garam (asupan garam tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sendok teh (6 gram/hari), berolahraga secara teratur (berupa jalan, lari, jogging, bersepeda 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu, berhenti merokok, dan mempertahankan berat badan yang sehat, menghindari minuman berkafein, minuman beralkohol, cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stres. (Jitowiyono E.2018:212)

8. Komplikasi

- a. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi
- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler (Triyanto E.2014:14)

9. Prognosis

Tanpa pengobatan, hipertensi akan berakibat lanjut usia dengan organ yang diserangnya, faktor-faktor yang mempengaruhi prognosis hipertensi adalah etiologi hipertensi dan komplikasi. hipertensi sekunder yang ditemukan pada tahap dini memiliki prognosis yang lebih baik. begitu pula dengan komplikasi, hipertensi dengan sedikit komplikasi juga akan menghasilkan prognosis yang lebih baik. (Jitowiyono S, 2018:210)

B. KONSEP KEBUHAN DASAR MANUSIA

1. Konsep kebutuhan dasar

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia ada 5 tingkat kebutuhan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu :



Gambar 2.2 kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

(Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow)

- a. Kebutuhan fisiologis
- b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan
- c. Kebutuhan cinta dan dicintai
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

Berdasarkan teori Maslow kasus hipertensi pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi, sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

1. Pengertian nyeri

Nyeri adalah merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri

berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Aziz & Musrifatul 2014 : 224)

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut (Aziz & Musrifatul 2014) Faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit dan lain-lain,

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat

persepsi nyeri, pengalaman masalah, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain .

3. Jenis Nyeri

a. Nyeri perifer, ada tiga macam yaitu :

1. Nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
2. Nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulus pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium, dan toraks.
3. Nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulus pada medula spinalis batang otak, dan talamus

c. Nyeri psikogenik

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita sendiri, seringkali nyeri ini muncul karena faktor psikologis, bukan fisiologis.

(Mubarak & Chayatin 2007: 208)

4. Bentuk nyeri

- a. Nyeri akut biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.
- b. Nyeri kronis ini berlangsung lebih dari enam bulan, sumber nyeri bisa diketahui atau tidak, cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan, selain itu penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukkan lokasinya, dampak dari nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami

insomnia, akibatnya mereka menjadi kurang perhatian, sering merasa putus asa dan terisolir dari kerabat dan keluarga.

(Mubarak & Chayatin 2007:209)

5. Cara pengukuran nyeri

Menurut Mubarak & Chayatin (2007), Ada beberapa cara pengukuran nyeri, antara lain Intensitas nyeri dapat diukur dengan beberapa cara antara lain:

1) Skala nyeri menurut Hayward

Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan.

Skala Nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut.

- a. 0= tidak nyeri
- b. 1-3 = nyeri ringan
- c. 4-6 = nyeri sedang
- d. 7-9 = sangat nyeri,tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan.
- e. 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

2) Skala nyeri menurut McGill

Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari(0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan.

Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut.

- a. 0= tidak nyeri
- b. 1 = nyeri ringan
- c. 2 = nyeri sedang
- d. 3 = nyeri berat atau parah
- e. 4 = nyeri sangat berat
- f. 5 = nyeri hebat

3) Skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale

Dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.

Gambar 2.3

Skoring skala wajah



(Mubarak & Chayatin, 2007: 213)

C. KONSEP PROSES KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Aktivitas atau istirahat

Kelemahan, letih, napas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipnea.

b. Sirkulasi

Riwayat hipertensi, arteriosklerosis, penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, kenaikan TD, hipotensi postural, takhikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.

c. Integritas ego

Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, faktor stres multiple, letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinuitas perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu

e. Makanan/cairan

Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol, berat badan normal atau obesitas, adanya edema

f. Neurosensori

Keluhan pusing atau pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis, perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggaman, perubahan retinal optik.

g. Nyeri atau ketidaknyamanan

Angina, nyeri yang hilang timbul pada tungkai, sakit kepala oksipital berat, nyeri abdomen.

h. Pernapasan

Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok, distress respirasi atau penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi napas tambahan, sianosis.

i. Keamanan

Gangguan koordinasi, cara jalan, episode parestesia, hipotensi postural.

j. Pembelajaran/penyuluhan

Faktor keluarga hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus, faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon.

(Majid A, 2018:129)

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Sugeng Jitiwiyono & Abdul Majid (2018), diagnosa keperawatan pada klien dengan hipertensi adalah:

- a. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi, dan iskemia miokardia
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologi
- d. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakberdayaan fisik

3. Rencana keperawatan

Perencanaan di susun untuk menyelesaikan masalah yang di alami klien masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. dalam Penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar.

Perencanaan yang disusun terdiri dari : perencanaan tujuan (Outcome) dan perencanaan tindakan (Intervention), standar perencanaan dalam keperawatan diantaranya adalah Nursing Outcome Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC). (Suarni & Apriyani 2017:19)

Tabel 2.4
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	NIC	NOC
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologi	<p>Manajemen nyeri</p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri kompresif yang meliputi,karakteristik, durasi,frekuensi ,kualitas , dan intensitas</p> <p>b. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri</p> <p>c. Identifikasi bersama pasien faktor penyebab yang dapat menurunkan atau</p>	<p>Label NOC yang Disarankan</p> <p>a. Pain Level</p> <p>b. Pain Control</p> <p>c. Confort Level</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>a. Klien mampu mengontrol nyeri</p> <p>b. Klien tahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari</p>

		<p>memperberat nyeri</p> <p>d. berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa Nyeri (mis.relaksasi napas dalam dan kompres hangat/dingin Daerah yang terasa nyeri)</p> <p>e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. kebisingan, suhu ruangan, pencahayaan</p> <p>f. Kurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>g. Tingkatkan istirahat</p>	<p>bantuan</p> <p>c. Klien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>d. Klien mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,f rekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>e. Klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>f. Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>g. Tidak mengalami gangguan tidur</p>
1	2	3	4
2	Kecemasan berhubungan	Anxiety Reduction (Penurunan	Label NOC yang Disarankan

	dengan Krisi situasional	kecemasan) a. Gunakan pendekatan yang menenangkan. b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien c. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut d. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis tindakan prognosis e. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan teknik relaksasi f. Identifikasi tingkat kecemasan g. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	a. Kontrol kecemasan b. Koping Kriteria hasil a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas. c. Tanda vital dalam batas normal. d. Postur tubuh,ekspresi wajah,bahasa tubuh dan tingkat aktifitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.
--	--------------------------	---	---

1	2	3	4
3	Intoleransi aktivitas	Terapi aktivitas a. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas b. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan c. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan.	Label NOC yang Disarankan a. Self Care:ADLs b. Toleransi Aktivitas c. Konsevasi energi Kriteria hasil: a. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik b. Tanpa disertai peningkatan tekanan darah,nadi dan RR c. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri

(sumber: Jitowiyono S. 2018:216)

4. Implementasi

Implmentasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, penulis merencanakan tindakan mencakup mengajarkan teknik non farmakologi seperti : tarik nafas

dalam untuk mengontrol nyeri ,mengajarkan klien menerapkan langkah – langkah pemberian posisi yang nyaman dan memberikan therapy music untuk mengurangi nyeri,tidak dapat tidur dan mengurangi kecemasan (Suarni & Apriyani 2017 : 20)

5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan,untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukurhasil dari proses keperawatan.Untuk mempermudah proses mengevaluasi/ memantau perkembangan klien. Digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

- a) S : data subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan
- b) O : data objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.
- c) A : analisa adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi,teratasi sebagian,atau tidak teratasi.
- d) P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani 2017 :75)

D. KONSEP TEORI KEPERAWATAN KELUARGA

Menurut (Feeley & Gottlieb 2000),keperawatan keluarga sepenuhnya tidak hanya menjadi tanggung jawab perawat keluarga namun, tanggung jawab perlu diberikan kepada keluarga dengan mempertimbangkan kapasitas kompetensi dan sumber daya yang dimiliki keluarga. tingkatan praktik keperawatan keluarga tergantung dari perawat mengartikan keluarga dan pemahamannya dan tergantung bagaimana perawat memandang keluarga tersebut. penekanan praktik keperawatan keluarga dengan menggabungkan

holistik, sistemik, berdasarkan kekuatan yang ada pada keluarga. Keluarga dapat menjadi fokus perawatan, perawat keluarga bisa bekerja secara simultan antara individu dan keluarga (Achjar 2012:29)

Diagnose keperawatan keluarga adalah diagnose tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, NOC, NIC. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil: Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil: Domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3. TUK 3 : Mampu merawat

Domain capaian hasil: adalah kesehatan keluarga, kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlihat dalam perawatan, peranan care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : Mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian adalah: Kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

5. TUK 5 : Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil: adalah pengeluaran tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori diatas sesuai dengan pernyataan(Achjar, 2012:15), menyatakan Asuhan keperawatan keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Data umum

1) Identitas Pasien

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi: nama, umur, pekerjaan, suku, agama dan alamat (KK).

2) Data Kesehatan Keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnose penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to toe.

3) Data kesehatan keluarga

berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana mck yang ada di lingkungan rumah.

4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber – sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga

5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu :

a) KMK mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah

b) KMK mengambil keputusan

meliputi sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

c) KMK merawat anggota keluarga yang sakit

meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) KMK memelihara kesehatan memodifikasi memelihara lingkungan

meliputi keuntungan / manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

b. Penerapan prioritas

Dalam berbagai kasus, skala prioritas selalu dibutuhkan untuk meminimalisir risiko, memaksimalkan perawatan dan pengobatan, serta untuk pengambilan keputusan yang tepat. Skala prioritas ini diperoleh dari berbagai data yang telah didapatkan di depan, untuk kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu dalam pemetaan penanganan pada pasien, baik untuk perawat maupun keluarga (Bakri 2017: 119)

Tabel 2.5
Skala prioritas masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	2	3	4	5
1	Sifat masalah	Aktual	3	1
		Potensial	2	
		Resiko	1	
2	Kemungkinan masalah dapat dicegah	Mudah	2	2
		Sebagian	1	
		Tidak mudah	0	
3	Potensial masalah dapat untuk dicegah	Tinggi	3	1
		Sedang	2	

		Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	Segera	2	1
		Tidak perlu	1	
		Tidak dirasakan	0	

Sumber (Achjar 2012 : 21)

Keterangan skoring:

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai dengan table di depan, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon dan Maglaya (1978 dalam Bakri 2017:) membuat rumus :

Gambar 2.4

Skoring skala prioritas

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- Tentukan angka dari skor tertinggi dahulu , biasanya angka tertinggi adalah 5
- Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas, tentukan skor pada setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- Kemudian dikaitkan dengan bobot skor
- Jumlah kan skor dari semua kriteria

Dengan adanya skala prioritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat. Masing – masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria Sifat Masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera,tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana

anggota keluarga terserang suatu penyakit, Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bias berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien, Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

3) Kriteria Potensi Pencegahan Masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah, Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai factor, Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria Masalah Yang Menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien, Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat Priorita yang harus dtangani berdasarkan:

- a) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- b) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.
- c) Ada masalah tetapi tidak dirasakan. (Bakri 2017:120)

2. Diagnose keperawatan

Diagnose keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk

menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya (Mubarak dalam Bakri 2017)

a. Problem (P/Masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien.

Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang di mengerti secara umum atau membuat analogi-analogi yang mudah di mengerti. Sehingga mampu meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/Penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan. Penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan.

Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

- 1) Patofisiologi penyakit, yaitu semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan/mendukung masalah.
- 2) Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang biasa menjadikan sebab kurangnya pengetahuan, isolasi social
- 3) Medikasi yaitu fasilitas dari program pengobatan atau perawatan.
- 4) Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa. Apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak.
- 5) Adolescent yaitu ketergantungan dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif.

6) Young adult yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orangtua.

7) Dewasa, yaitu tekanan karier dan tanda-tanda pubertas.

c. Sign dan Symptom (S/Tanda dan Gejala)

Pada tahap ini yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, gejala, atau tanda. Sign and symptom merupakan informasi yang sangat di perlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan, dan telah ditentukan rumus yang telah disepakati bersama. Rumus tersebut adalah PE/PES. (Bakri 2017 : 122)