

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual.

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

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta. Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang. Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. *Kebutuhan Harga Diri (Self-Esteem Needs)*

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. *Kebutuhan Aktualisasi Diri (Needs for Self Actualization)*

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya. (Mubarak, 2008).

Konsep hierarki maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis. Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu. (Stevens P.J.M, dkk dalam Mubarak, 2008)

2. *Konsep Dasar Aktivitas*

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat (Haswita dan Sulistyowati R, 2017). Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), aktivitas adalah kegiatan atau keaktifan. Jadi segala sesuatu yang dilakukan

atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik merupakan suatu aktivitas.

Menurut WHO 2008, aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independen dalam suatu penyakit kronis yang menyebabkan kematian secara global. Jadi, dapat disimpulkan bahwa aktivitas fisik merupakan kegiatan atau keaktifan dari gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi dengan melibatkan sistem muskuloskeletal otot dan tulang serta sistem persarafan.

3. Sistem tubuh yang berperan dalam kemampuan beraktivitas

Kemampuan beraktivitas secara umum berhubungan dengan sistem muskuloskeletal dan sistem saraf di dalam tubuh.

a. Sistem muskuloskeletal

Terdiri dari atas rangka (tulang), otot, dan sendi. Sistem ini sangat berperan pergerakan dan aktivitas manusia. Rangka memiliki beberapa fungsi yaitu:

- 1) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- 2) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, jantung, paru-paru, hati dan medulla spinalis
- 3) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament
- 4) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak
- 5) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

Sementara otot berperan dalam proses pergerakan, memberi bentuk pada postur tubuh dan memproduksi panas melalui aktivitas kontraksi otot.

b. Sistem persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- 1) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar

kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.

- 2) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya
- 3) Sistem saraf pusat (SPP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen (Haswati & Reni Sulistyowati, 2017).

Tabel 2.1
Derajat kekuatan otot

Derajat 5: kekuatan normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan
Derajat 4: dapat melakukan range of motion (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan
Derajat 3: dapat melakukan range of motion (ROM) secara penuh dengan melawan gaya berat gravitasi. Tetapi tidak melawan tahanan
Derajat 2: dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh
Derajat 1: kontraksi otot minimal terasa / teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan
Derajat 0: tidak ada, kontraksi otot sama sekali

c. Tendon

Tendon adalah sekumpulan jaringan fibrosa padat yang merupakan perpanjangan dari pembungkusan otot dan membentuk ujung-ujung otot yang meningkatkannya pada tulang. Tendon ini dibatasi oleh membrab synovial yang memberikan pelican agar pergerakan tendon menjadi mudah

d. Ligamen

Ligamen adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur, dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendian dan menjaga kestabilan.

e. Kartilago

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 sinovial.

f. Sendi

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

Pengetahuan mengenai pergerakan sendi dapat bermanfaat dalam kaitannya dengan pengukuran kekuatan otot dan penggunaannya pada program latihan gerak ada beberapa pergerakan sendi yaitu fleksi, ekstensi, adduksi, abduksi, rotasi, eversi, inverse, pronasi, dan supinasi. (Asmadi, 2009)

4. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas

a. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas karena dapat

mempengaruhi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan dalam ekstremitas bagian bawah.

c. Kebudayaan

Kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan aktivitas yang kuat dan sebaliknya.

d. Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan aktivitas. Agar seseorang dapat melakukan aktivitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

e. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan pada Klien Kebutuhan Aktivitas

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.(Nursalam, 2009).

Menurut Wahyudi (2016) pengkajian yang dilakukan untuk gangguan aktivitas khususnya intoleransi aktivitas sebagai berikut:

a. Riwayat keperawatan sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan dalam aktivitasnya seperti nyeri, kelemahan otot, kelelahan.

b. Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita

Pengkajian riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas khususnya intoleransi aktivitas seperti riwayat penyakit kardiovaskular dan pemapasan.

c. Kemampuan fungsi motorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain pada kaki dan tangan kanan dan kiri untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kelelahan atau *spastic*.

d. Kesejajaran tubuh

Pemeriksaan kesejajaran tubuh bertujuan 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 (misal, kelelahan, harga diri rendah) serta kelemahan otot atau

kerusakan motorik lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menginspeksi pasien dari sisi lateral, anterior dan posterior yang berguna untuk mengamati klien tentang:

- 1) Bahu dan pinggul sejajar
- 2) Jari-jari kaki mengarah ke depan
- 3) Tulang belakang lurus tidak melengkung ke sisi yang lain

e. Cara berjalan

Pengkajian cara berjalan dilakukan untuk mengidentifikasi kemampuan klien dan resiko cedera akibat jatuh. Hal ini dilakukan dengan meminta klien berjalan sejauh +10 kaki di dalam ruangan, kemudian amati hal-hal berikut:

- 1) Kepala tegak, pandangan lurus, dan tulang belakang lurus
- 2) Tumit menyentuh tanah lebih dulu daripada jari kaki
- 3) Kaki dorsofleksi pada fase ayunan
- 4) Lengan mengayun ke depan bersamaan dengan ayunan kaki di sisi yang berlawanan
- 5) 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.

Pengkajian ini memungkinkan perawat untuk mengetahui

keseimbangan, postur, keamanan dan kemampuan berjalan tanpa bantuan (Ambarwati, 2014).

Tabel 2.2
Kategori tingkat kemampuan

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 3	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : Aziz, 2006

f. Penampilan dan Pergerakan Sendi

Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi serta pengkajian rentang gerak aktif atau rentang gerak pasif. Hal-hal yang dikaji antara lain:

- 1) Adanya kemerahan atau pergerakan sendi
- 2) Adanya deformitas
- 3) Perkembangan otot yang terkait dengan masing-masing sendi
- 4) Adanya nyeri tekan
- 5) Krepitasi
- 6) Peningkatan temperature disekitar sendi
- 7) Derajat gerak sendi

Tabel 2.3
Kemampuan rentang gerak sendi

Gerak sendi	Derajat rentang gerak
Bahu: Adduksi: gerakkan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap posisi yang paling jauh	180
Siku: Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke atas menuju bahu	150
Pergelangan tangan: Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah dalam lengan bawah	80-90

Eksistensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi	80-90
Hipereksi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	70-90
Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas.	0-20
Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ke arah kelingking. Telapak tangan menghadap ke atas.	30-50
Tangan dan jari: Fleksi: buat kepalan tangan	90
Ekstensi: luruskan jari	90
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	30
Abduksi: kembangkan jari tangan	20
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

Sumber : Aziz,2006

g. Kemampuan dan keterbatasan Gerak

Menurut Carpenito dalam Wahyudi (2016), terdapat tiga rentang gerak yaitu:

1) Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif, misalnya perawat mengangkat kaki pasien.

2) Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya

3) Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

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 adalah:

- a) Bagaimana penyakit klien mempengaruhi kemampuan untuk bergerak
- b) Adanya hambatan dalam bergerak (misal, terpasang selang infuse, gips yang berat dan ketakutan untuk bergerak)
- c) Kewaspadaan mental dan kemampuan klien untuk mengikuti petunjuk
- d) Keseimbangan dan koordinasi klien
- e) Adanya hipotensi ortostatik sebelum berpindah tempat
- f) Derajat kenyamanan klien
- g) Penglihatan

h. Perubahan Intoleransi Aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan pada sistem pernapasan, antara lain: suara napas, analisa gas darah, gerakan dinding thorak, adanya nyeri pada saat respirasi, mukus, batuk yang produktif di ikuti panas. Pada sistem kardiovaskuler seperti nadi, tekanan darah, gangguan sirkulasi perifer, adanya thrombus, serta perubahan tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

Pengkajian pada toleransi aktivitas ini juga dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan kemandirian klien yang mengalami gangguan kardiovaskuler dan mspiratorik, tidur tidak mencukupi, nyeri, depresi atau kurang motivasi. Alat ukur yang bisa digunakan adalah frekuensi, kekuatan, dan irama denyut jantung. Frekuensi, kedalaman, dan irama pernapasan serta tekanan darah yang dapat dijadikan sebagai alat ukur untuk gangguan intoleransi aktivitas.

i. Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi

Dalam mengkaji kekuatan otot dapat ditentukan kekuatan secara bilateral atau tidak. Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan:

Tabel 2.4
Derajat kekuatan otot

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi tau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan

Sumber : Aziz, 2006

j. Perubahan Fisiologi

Perubahan yang dapat terjadi pada klien dengan gangguan aktivitas seperti pada intoleransi aktivitas adalah:

1) Sistem Metabolik

Ketika mengkaji fungsi metabolik, perawat menggunakan pengukuran antropometrik untuk mengvaluasi atrofi otot, menggunakan pencatatan asupan dan haluran serta data laboratorium untuk mengevaluasi status cairan, elektrolit, maupun kadar serum protein, penyembuhan luka dan pola evaluasi klien untuk melihat perubahan fungsi gastrointestinal yang bisa menyebabkan intoleransi aktivitas.

2) Sistem Respiratori

Pengkajian sistem respiratori minimal harus dilakukan setiap dua jam pada klien gangguan aktivitas. Perawat melakukan inspeksi pergerakan dinding dada selama siklus pernapasan inspirasi/ekspirasi penuh, jika ada atelaksis, gerakan dadanya asimetris. Kemudian auskultasi paru untuk mengidentifikasi suara napas, *crackles* atau *wheezing* pada klien intoleransi aktivitas.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada klien intoleransi aktivitas perlu dilakukan pemantauan tekanan darah, nadi apek maupun nadi perifer, observasi tanda-tanda adanya statis vena (misalnya, oedema dan penyembuhan luka yang buruk). Pada klien yang berumur di atas 40 tahun biasanya bunyi jantung tiga (*gallop*) bisa terdengar pada nadi apel dan merupakan indikasi penyakit gangguan kardiovaskuler yaitu gagal jantung kongestif atau *congestive heart failure*. Kaji adanya oedema pada sacrum, tungkai dan kaki. Mengkaji sistem vena karena thrombosis vena yang dapat membahayakan pada klien gangguan intoleransi aktivitas.

4) Sistem muskuloskeletal

Pada klien yang mengalami intoleransi aktivitas lama akan cenderung takut dan dapat menyebabkan muskuloskeletal pada tubuhnya terganggu. Pengkajian yang pertama kali di lakukan meliputi penurunan tonus otot, kehilangan massa otot dan kontraktur. Pengkajian rentang gerak untuk melihat gerakan sendi.

5) Sistem integumen

Mengkaji kulit klien terhadap tanda-tanda kerusakan integritas kulit. Kulit harus di observasi ketika klien bergerak. Perhatikan kebersihannya, atau pemenuhan eliminasinya. Pengkajian dilakukan minimal setiap dua jam sekali, hal ini perlu dilakukan pada klien intoleransi aktivitas yang mengalami tirah baring dalam waktu lama.

6) Sistem eliminasi

Evaluasi intake dan output cairan selama 24 jam, dehidrasi (meningkatkan resiko kerusakan kulit, pembentukan thrombus, infeksi pernapasan, dan konstipasi).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keparawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi

dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan mengubah (Carpenito dalam Nursalam 2009).

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas. SDKI (2017).

Menurut NANDA (2013), diagnosis keperawatan yang terkait dengan masalah aktivitas antara lain:

- a. Intoleransi aktivitas
- b. Resiko intoleransi aktivitas
- c. Resiko *disuse syndrome*

Menurut Aspiani (2014), salah satu diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah hipertensi adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Aspiani (2014) dalam buku asuhan keperawatan gerontik, rencana tindakan keperawatan klien lansia dengan gangguan sistem kardiovaskular, dengan masalah intoleransi aktivitas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5
Intervensi keperawatan pada masalah intoleransi aktivitas

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum	Setelah dilakukan asuhan keperawatan ...x 24 jam klien dapat menunjukkan toleransi aktivitas dengan kriteria: a. Klien dapat menentukan aktivitas yang sesuai dengan peningkatan nadi, tekanan darah, dan frekuensi nafas, mempertahankan ritme dalam batas normal b Mempertahankan warna dan	Managemen energi aktivitas: a. Tentukan keterbatasan dan kelelahan pasien terhadap aktivitas b. Observasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas c. Batasi stimulus lingkungan (misalnya pencahayaan, dan kegaduhan) d. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sesuai sumber energi

		<p>kehangatan kulit dengan aktivitas</p> <p>c. Melaporkan peningkatan aktivitas harian</p>	<p>e. Instruksikan pasien atau keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas</p> <p>f. Jelaskan pola peningkatan bertahap dan tingkat aktivitas, Contoh: bangun dari kursi, bila tidak ada nyeri lakukan ambulasi, kemudian istirahat selama satu jam setelah makan</p> <p>g. Evaluasi program peningkatan aktivitas</p> <p>h. Evaluasi tanda vital saat terjadi kemajuan aktivitas</p> <p>Terapi Aktivitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi, dan social 3) Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual 4) Tentukan komitmen klien untuk peningkatan frekuensi atau rentang untuk aktivitas
--	--	--	---

Menurut Maglaya (2009) Perencanaan merupakan suatu proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan klien yang telah diidentifikasi dan divalidasi pada tahap perumusan diagnosis keperawatan. Perencanaan disusun dengan penekanan pada partisipasi klien, keluarga dan koordinasi dengan tim kesehatan lain (Riasmini, 2017).

a. Menetapkan Prioritas Masalah.

Menetapkan prioritas masalah/diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skala menyusun prioritas dari maglaya.

Tabel 2.6
Skala untuk Menentukan Prioritas

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah Skala : Wellness Aktual Resiko Potensial	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah Skala : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	2 1 0	1

(Sumber : Riasmini, 2017).

a) Cara skoring:

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- 2) Skor dibagi dengan makna tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times$$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (Riasmini, 2017).

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi

koping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Nursalam, 2009).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2009). Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

Menurut Tarwoto & Wartonah (2011) ada beberapa langkah melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan.

1. Daftar tujuan-tujuan pasien
2. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
3. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
4. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak

C. TINJAUAN KONSEP PENYAKIT

1. Pengertian hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistolik di atas 140mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Pada lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik >90 mmHg (Brunner & Sudarth, 2013) di kutip dalam buku Aspiani 2014.

Menurut Kushariyadi (2008), hipertensi merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas).

2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak memiliki penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu: Genetik: respons neurologi.

- a. Terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada lansia serta pelebaran pembuluh darah.

Menurut Aspiani (2014) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik, penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah sebagai berikut:

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun setelah berumur 20 tahun yang menyebabkan penurunan kontraksi dan volume jantung
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi

- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

3. Klasifikasi Hipertensi

Menurut Aspiani (2017) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi Nic & Noc, hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh sebab itu,

penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh faktor berikut ini:

1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah, maka tekanan darah meningkat). jenis kelamin pria lebih tinggi dibandingkan perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak daripada ras kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30 g), kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat arterosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrindi kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit Cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder.

Menurut Aspiani (2014) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik, penyebab hipertensi sekunder dapat diketahui, seperti:

- 1) Penyakit Ginjal: Gromerulonefritis, Piyelonefritis, Nekrosis tubular akut, dan tumor
- 2) Penyakit Vaskular: Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol dan Vaskulitis Kelainan Endokrin
- 3) Diabetes Melitus, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme
- 4) Penyakit Saraf: Stroke, Ensephalitis, Syndrom Gulian Barre
- 5) Obat-obatan: Kontrasepsi oral, Kortikosteroid

4. Patofisiologi Hipertensi

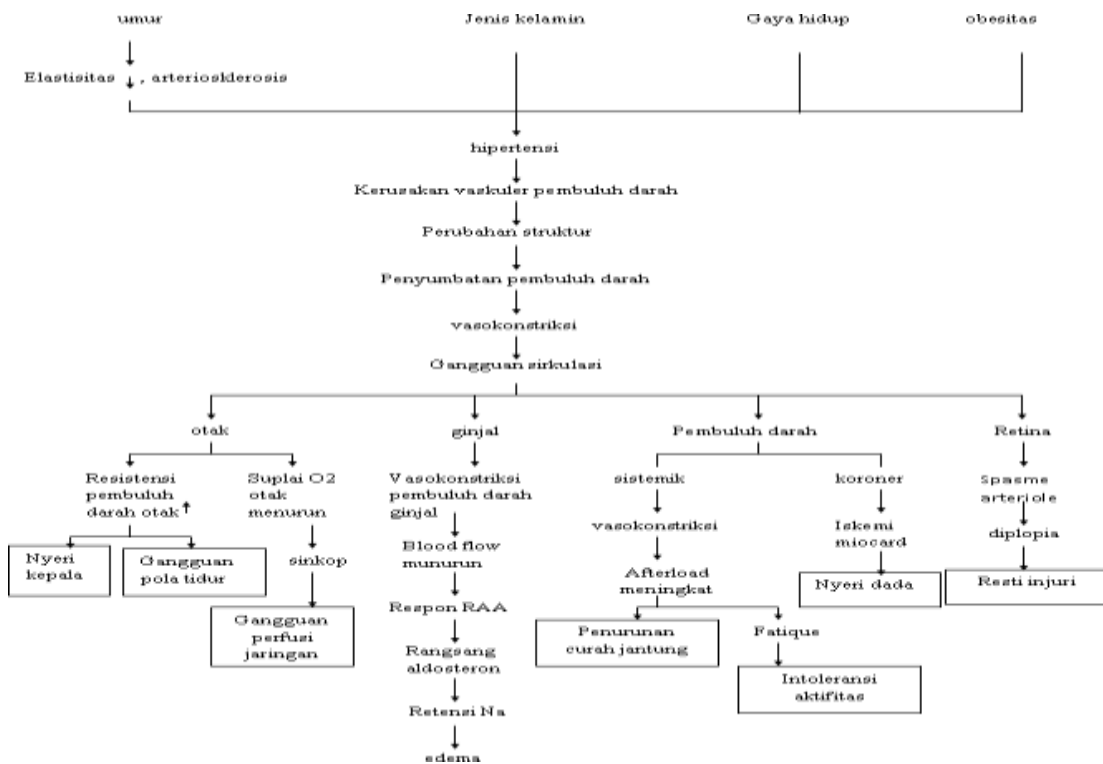
Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras *saraf simpatis*, yang berlanjut ke bawah ke *korda spinalis* dan keluar dari *kolumna medula spinalis* ke ganglia sympati di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem *saraf simpatis* ke *ganglia simpatis*.

Pada titik ini, *neuron pre ganglion* melepaskan *asetikolin*, yang akan merangsang serabut saraf *pasca ganglion* ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya *norepinefrin* mengakibatkan konstiksi pembuluh

darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang *vasokonstriktor*. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap *norepinefrin*, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas *vasokonstriksi*. Medula adrenal mensekresi *epinefrin*, yang menyebabkan *vasokonstriksi*. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah.

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan *renin*. *Renin* merangsang sekresi *aldosteron* oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume *intravaskuler*. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan Hipertensi (Brunner & Suddart, 2014).



Gambar 2.2 Pathway hipertensi
 Sumber: (Brunner & Suddart, 2014)

5. Kriteria Hipertensi

The Joint National Committee on Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure, suatu badan penelitian hipertensi di USA menentukan batas tekanan darah itu pada tahun 1993 dikenal dengan sebutan JNC-V. Berikut klasifikasi tekanan darah orang dewasa berumur 18 tahun.

Tabel 2.7
 Kriteria penyakit hipertensi menurut JNC-V USA

No	Kriteria	Tekanan Darah	
		Sistolik	Diastolik
1	Normal	<130	<85
2	Perbatasan (High)	130-139	85-89
3	Normal)		
	Hipertensi	140-159	90-99
	Derajat: ringan (mild)	160-179	100-109
	Derajat: sedang (moderate)	180-209	110-119
	Derajat: berat (severe)	>210	>120
	Derajat: sangat berat (very severe)		

Sumber: Dalaimartha & Wijaya, 2014

Catatan:

Jika penderita mempunyai tekanan sistolik dan diastolik yang tidak termasuk dalam satu kriteria maka ia termasuk dalam kriteria yang lebih tinggi. Contohnya seseorang mempunyai tekanan darah 180/120 mmHg (dibaca sistolik 180 mmHg, diastolik 120 mmHg). Berdasarkan ketentuan ini maka orang tersebut tergolong penderita hipertensi derajat 4 atau sangat berat. Apabila penderita memiliki kerusakan atau risiko hipertensi, maka risiko tersebut harus disebutkan. Contohnya hipertensi derajat 4 dengan DM.

6. Manifestasi Klinis Hipertensi

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderit hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang hipertensi timbul tanpa adanya gejala.

Menurut Aspiani (2014) terdapat gejala-gejala yang sering dikeluhkan oleh penderita hipertensi, yaitu:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar-putar serasa ingin jatuh
- d. Jantung berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

Corwin (2014) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi selama bertahun-tahun, berupa:

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai oleh mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- 2) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- 4) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- 5) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala yang umumnya dirasakan oleh penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal, dan lain-lain (Novianti, 2014).

7. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelalaian *Parenkim* Ginjal.
- 2) Kreatinin serum BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
- 3) Darah perifer lengkap.
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa).

b. Perekaman EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri.
- 2) *Ischemi/Infark miocard.*
- 3) Peninggian gelombang P.
- 4) Gangguan konduksi.

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung *Noothing* dari iga pada kwartasio dari aorta.
- 2) Pembendungan, lebarnya paru.
- 3) Hipertropi parenkim ginjal.
- 4) Hipertropi vascular ginjal.

8. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Penatalaksanaan Non Farmakologi

Berdasarkan Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik (Aspiani, 2014) Penatalaksanaan hipertensi secara non farmakologi adalah sebagai berikut:

1) Pengaturan Diet

Beberapa diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulus *system renin-angiotensin* sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi potasium. Pemberian potasium pada klien dengan hipertensi dapat menurunkan tekanan darah mekanismenya belum jelas. Pemberian potasium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh *notric oxide* pada dinding vascular.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya penyakit namun jantung koroner.

2) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi, karena terjadi penurunan beban kerja jantung serta penurunan volume sekuncup.

3) Olahraga

Olahraga secara teratur seperti berjalan, berlari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

Olahraga selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki Gaya Hidup

Merubah gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, minuman beralkohol, mengonsumsi makanan cepat saji penting untuk dilakukan agar mengurangi efek jangka panjang hipertensi. Asap rokok diketahui dapat menurunkan kecepatan aliran darah ke berbagai organ tubuh dan dapat membebani kerja jantung.

b. Penatalaksanaan Medis

Menurut Brunner & Suddart (2014) penatalaksanaan medis bagi klien hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Terapi Oksigen.
- 2) Pemantauan Haemodinamik.
- 3) Pemantauan Jantung.
- 4) Terapi Obat-obatan, seperti:
 - a) Diuretik: Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium
Diuretic yang bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya.

- b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran kalsium otot jantung: Sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyakit kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.
- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin 2 atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin 2 dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin 1 menjadi angiotensin 2. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosteron, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (*B-blocker*), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut jantung dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa (*a-blocker*) menghambat reseptor alfa (a) yang terdapat pada otot polos vascular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya: *Natrium, Nitroprusida, Nikardipin, Hidralazin, Nitrogliserin, dll.*

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Tinjauan Konsep Keluarga

a. Pengertian Keluarga:

Menurut Friedman (1998) keluarga merupakan orang yang

dihubungkan oleh, perkawinan, adopsi, dan kelahiran bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Komang Ayu, 2010).

b. Tahap perkembangan keluarga:

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall dan Miller 1985 dalam Carter dan Mc Goldrick 1988, mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1) Tahap I (keluarga pemula atau pasangan baru)

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan menjadi orang tua. (Komang Ayu, 2010).

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

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Tugas perkembangan pada keluarga tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantab (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga), mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran orang tua dan kakek nenek serta mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan. (Komang Ayu, 2010).

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

Tugas perkembangan pada keluarga tahap III yaitu mensosialisasikan anak, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai norma kehidupan, mulai

mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak. (Komang Ayu, 2010).

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

Tahap perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolahnya. (Komang Ayu, 2010).

- 5) Tahap V, Keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)

Tugas perkembangan pada keluarga tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, mempertahankan hubungan perkawinan yang harmonis, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi dua arah. (Komang Ayu, 2010).

- 6) Tahap VI, Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (Dimulai saat anak tertua meninggalkan rumah)

Fase ini ditandai dengan anak tertua meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah.

Tugas perkembangan pada keluarga tahap VI adalah memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga yang baru yang didapatkan melalui pernikahan anak-anak, melanjutkan keharmonisan pernikahan, membantu orang tua lanjut usia dan cenderung sakit-sakitan dalam kehidupan dan kesehatannya. (Komang Ayu, 2010).

- 7) Tahap VII, Keluarga usia pertengahan

Tahap ini bermula saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan orang tua meninggal. Tugas perkembangan keluarga adalah menciptakan lingkungan yang

meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan harmonis dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak, memperkokoh hubungan pernikahan. (Komang Ayu, 2010).

8) Tahap VIII, Keluarga masa pensiun

Tahap ini dimulai ketika salah satu pasangan suami/istri memasuki masa pensiun, sampai dengan salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan diri terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan upaya memahami eksistensi mereka penelaahan dan integrasi hidup. (Komang Ayu, 2010).

1. Tugas keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Aasuhan 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 , 2010).
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit (Komang Ayu, 2010),

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga keadaan sakitnya, 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, 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 , 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 , 2010).