

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Zainuddin et al (2022), mengemukakan bahwa hipertensi adalah suatu penyakit kardiovaskular yang ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, sedangkan *World Health Organization* (2021), mendefinisikan bahwa hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah tinggi dimana tekanan sistoliknya ≥ 140 mmHg dan tekanan diastoliknya ≥ 90 mmHg.

Hastuti (2020) yang bersependapat dengan Tambunan et al (2021) mengatakan seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, tekanan darah sistolik menjadi pengukur utama dari penentuan diagnosis hipertensi, apabila setelah dilakukan pemeriksaan berulang dan tetap menunjukkan pada hasil tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Kondisi atau keadaan seseorang yang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal dapat menyebabkan timbul rasa kesakitan bahkan sampai kematian. Sedangkan Marhabatsar & Sijid (2021), mengatakan hipertensi sebenarnya tidak memiliki gejala yang terlalu jelas bahkan juga terkadang tidak terlalu serius. Gejala hipertensi bervariasi pada setiap individu, beberapa gejala hipertensi yaitu sakit kepala, vertigo, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdengung, hidung berdarah, jantung berdebar kencang, stress, strok.

Manuntung (2018) mengatakan secara alami tekanan darah manusia mengalami perubahan sepanjang hari, apabila tekanan darah mengalami peningkatan secara terus-menerus dapat menyebabkan berbagai masalah, kemudian Azhar et al (2019) mengatakan salah satu penyebab tekanan darah meningkat yaitu karena kualitas tidur yang

buruk sehingga dapat merusak memori dan kemampuan kognitif yang berdampak pada psikologis individu seperti depresi atau gangguan perasaan yang mengakibatkan resiko peningkatan tekanan darah.

2. Etiologi

Menurut Kurnia (2020) penyebab hipertensi ada 2 yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer atau yang sering disebut hipertensi essential disebabkan karena adanya asupan garam yang berlebihan didalam makanan, genetik, merokok, obesitas atau kegemukan. Sedangkan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang diketahui apa sebabnya. Salah satu penyebab hipertensi sekunder yaitu adanya kerusakan atau kelainan sel juksta glomerulus yang mengalami fungsi berlebih. Fungsi primer dari glomerulus yaitu mempertahankan volume dan komposisi eksternal dalam batas normal tubuh, fungsi tersebut dapat berjalan dengan mengubah ekskresi air. Berlebihnya sekresi renin menjadi faktor penting penyebab terjadinya hipertensi sekunder.

a. Faktor Resiko Hipertensi menurut Prabowo (2022) :

1) Tidak dapat diubah

a.) Keturunan

Faktor keturunan termasuk dalam faktor yang tidak dapat diubah, karena dalam suatu keluarga, orang tua yang mengidap hipertensi memungkinkan keturunan/anak-anaknya akan mengidap hipertensi juga.

b) Usia

Faktor usia juga termasuk dalam golongan faktor yang tidak dapat diubah, tekanan darah tinggi juga disebabkan oleh bertambahnya usia dan regulasi hormon yang berbeda.

2) Dapat diubah

a) Konsumsi garam

Tubuh dapat menahan cairan yang meningkatkan tekanan darah yang disebabkan terlalu banyak garam (sodium).

b) Kolesterol

Keadaan tumpukan kolesterol yang ada pada dinding pembuluh darah dapat mengakibatkan vasokonstriksi pada pembuluh darah, sehingga mengakibatkan tekanan darah meningkat karena adanya kandungan lemak yang berlebihan dalam darah.

c) Kafein

Setiap cangkir kopi mempunyai kandungan 75-200 mg kafein, dan kafein terbukti dapat meningkatkan tekanan darah 5-10 mmHg. Sedangkan setiap cangkir teh mempunyai kandungan 14-70 mg kafein.

d) Alkohol

Alkohol dapat meningkatkan tekanan darah serta dapat merusak jantung dan pembuluh darah.

e) Obesitas

Dalam keadaan berat badan diatas ideal sampai 30%, dapat menjadi penyebab terjadinya sakit hipertensi.

f) Kurang olahraga

Kurangnya kesadaran untuk melakukan olahraga dapat menyebabkan tekanan darah meningkat.

g) Stres

Stress atau kondisi emosi yang tidak stabil dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Setelah stress kembali stabil maka tekanan darah akan kembali stabil juga.

h) Kebiasaan merokok

Kebiasaan buruk ini dapat menyebabkan lepasnya ketokolamin, yang berakibat pada iritabilitas miocardial, vasokonstriksi memicu tekanan darah untuk naik dan denyut jantung menjadi meningkat.

i) KB hormonal

Dalam penggunaannya dengan mekanisme renin aldosteron mediat volume expansion, dan menghentikan

penggunaannya dapat menyebabkan tekanan darah menurun.

3. Klasifikasi

Menurut Manuntung (2018), berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi dua kelompok, diantaranya yaitu :

- a. Hipertensi primer atau sering dikenal hipertensi esensial terjadi apabila peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidak teraturan mekanisme kontrol homeostatik normal.
- b. Hipertensi sekunder atau hipertensi renal merupakan hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, hampir semua hipertensi sekunder berhubungan dengan adanya gangguan sekresi hormon dan fungsi ginjal. Pada umumnya hipertensi sekunder dapat disembuhkan atau dikendalikan berdasarkan penyebabnya secara tepat.

Menurut JNC 7 dalam Kurnia (2020), mengklasifikasikan hipertensi menjadi :

Tabel 2. 1

Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolic (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi Tahap 2	≥ 160	≥ 100
Hipertensi Emergensi	> 180	> 120

(Sumber : Kurnia 2021)

4. Patofisiologi

Menurut Sylvestris (2017), hipertensi dipengaruhi oleh volume dan ketahanan vaskuler. Sehingga, jika terjadi sebuah peningkatan dari salah satu variabel tersebut dapat mempengaruhi tekanan darah tinggi. Patofisiologi hipertensi berawal dari terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I converting enzyme (ACE) yang terdapat didalam paru-paru, yang berperan penting dalam mengatur tekanan darah yaitu

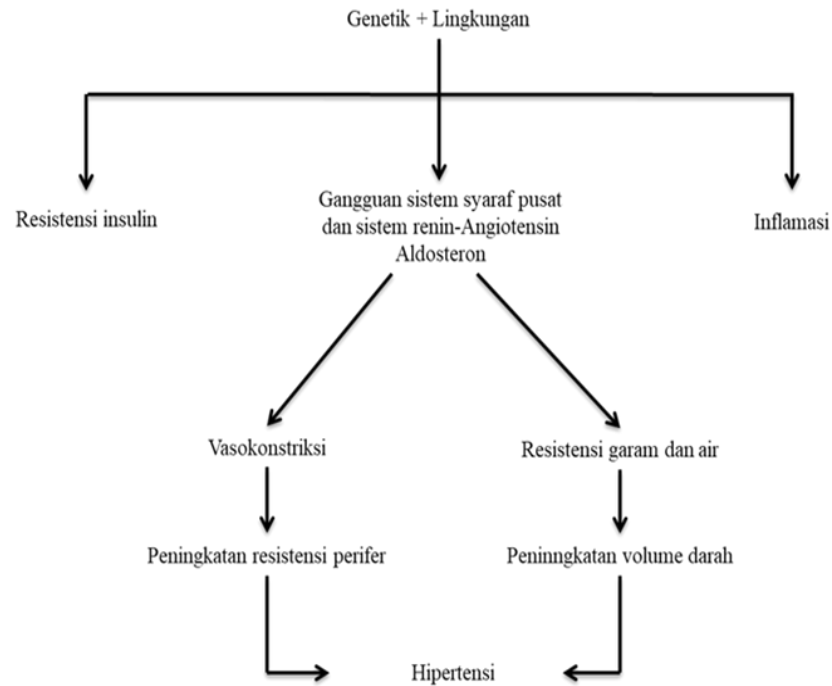
angiotensin II. Dua pengaruh utama angiotensin dalam meningkatkan tekanan arteri yaitu:

a. Vasokonstriksi akan timbul dengan cepat

Vasokonstriksi atau yang disebut juga dengan Antidiuretik Hormon (ADH) adalah bahan vasokonstriksi yang paling kuat dalam tubuh, Antidiuretik Hormon (ADH) ini terbentuk di hipotalamus atau kelenjar pituitary dan bekerja dalam ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. ADH kemudian diangkut ke pusat akson saraf ke glandula hipofise posterior yang kemudian akan disekresikan ke dalam darah. ADH sangat berpengaruh terhadap urin, peningkatan ADH akan menyebabkan urin semakin sedikit untuk diekskresikan keluar tubuh sehingga osmolitas menjadi tinggi, hal tersebut akan menimbulkan volume cairan ekstraseluler ditingkatkan dengan cara menarik cairan intraseluler, sehingga volume darah akan meningkat mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

b. Aldosterone

Aldosterone adalah hormon steroid yang disekresikan oleh sel glomerulosa dalam korteks adrenal, yang menjadi hal penting suatu regulator bagi reabsorpsi natrium (Na^+) dan sekresi kalium (K^+) dalam tubulus ginjal. Kerja aldosterone akan meningkatkan reabsorpsi natrium, yang kemudian akan meningkatkan sekresi kalium dengan merangsang pompa natrium-kalium ATPase pada sisi basolateral dari membrane tubulus koligentes kortikalis. Aldosterone akan meningkatkan permeabilitas natrium pada luminal membrane. Natrium tersebut berasal dari kandungan garam natrium, apabila kandungan garam natrium meningkat akan perlu proses pengenceran lagi dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler, yang mana peningkatan tersebut akan membuat tekanan darah meningkat sehingga menyebabkan hipertensi.



Gambar 2. 1

Pathway Hipertensi

5. Manifestasi Klinis Hipertensi

Marhabatsar & Sijid (2021) mengatakan hipertensi sebenarnya tidak memiliki gejala yang terlalu jelas bahkan hipertensi juga terkadang gejalanya tidaklah terlalu serius. Gejala pada hipertensi seringkali berhubungan dengan tekanan darah tinggi. Gejala hipertensi bervariasi pada setiap individu, beberapa gejala hipertensi yaitu sakit kepala yang terkadang disertai dengan mual dan muntah akibat meningkatnya tekanan darah intrakranium, vertigo, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdengung, hidung berdarah, jantung berdebar kencang, stress, stroke, dan nokturia adanya peningkatan urinasi karena aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus mengalami peningkatan. Maka dari itu untuk mengetahui apakah tubuh mengidap hipertensi maka perlu dilakukan pemeriksaan medis.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nisa (2020) :

- a. Pemeriksaan tekanan darah

- b. Pemeriksaan laboratorium; Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia. BUN/ kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- c. CT scan: mengkaji adanya tumor seberal, encelopati.
- d. EKG: dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- e. Poto dada: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pemebesaran jantung.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi yang didasarkan pada sifat terapi terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Terapi non farmakologi

Penatalaksanaan dengan terapi non-farmakologi yaitu dengan tehnik tanpa obat-obatan yang diterapkan pada hipertensi dan menggunakan cara kebiasaan pola hidup, seperti:

1) Pembatasan natrium dan asupan garam berlebih

Rahman et al (2022) mengatakan diet rendah garam merupakan diet yang dimasak dengan pembatasan penggunaan garam yang bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mempertahankan tekanan darah normal.

2) Menjaga berat badan tetap ideal.

3) Membiasakan olahraga secara teratur atau rutin.

4) Menghindari minum-minuman beralkohol.

5) Berusaha mengurangi kebiasaan merokok.

6) Berfikir tenang akan terhindar dari stres.

7) Melakukan latihan relaksasi.

8) Terapi komplementer.

b. Terapi farmakologi

Terapi ini yang dilaksanakan dengan obat-obatan menjadi hal yang penting. Menurut Prabowo (2022) Obat-obatan yang dapat digunakan antara lain :

1) Diuretik

Termasuk obat anti hipertensi yang memiliki fungsi untuk memicu pengeluaran garam dan air. Obat ini akan memproses penurunan jumlah cairan yang terdapat di pembuluh darah dan dapat mengakibatkan tekanan darah berkurang.

2) Beta bloker

Berfungsi mengurangi jumlah darah yang dipompakan dari jantung dan mengurangi kecepatan jantung dalam memompakan darah.

3) penghambat ACE

Berfungsi mencegah proses vasokonstriksi pada dinding pembuluh darah agar bisa mengurangi tekanan di pembuluh darah sehingga mengakibatkan tekanan darah turun

4) Ca bloker

Berfungsi merileksasikan pembuluh darah dan mengurangi kecepatan jantung dan memperlambat masuknya kalsium ke dalam sel-sel jantung.

8. Komplikasi

Prabowo (2022) mengatakan penderita hipertensi dapat mengalami komplikasi diantaranya yaitu :

a. Stroke

Dapat terjadi akibat adanya perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau karena akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpanjang tekanan tinggi. Terjadinya stroke pada hipertensi kronik dapat terjadi apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak sehingga mengalami hipertrofi dan terjadi penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang mengalami perdarahan dapat berkurang, sehingga arteri-arteri otak yang

mengalami aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala stroke diantaranya yaitu, sakit kepala secara tiba-tiba seperti orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

b. Infark miokard

Dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat mensuplai cukup darah oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, menyebabkan kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Dapat terjadi karena adanya kerusakan progresif akibat tekanan darah tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloit plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. Edema

Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul diparu, kaki dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan di dalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbulnya

cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Dalam Patrisia et al., (2020) Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan diantaranya yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan akan kepemilikan dan rasa cinta, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri. Berikut penjelasan tentang 5 kebutuhan menurut Abraham Maslow :

1. Kebutuhan fisiologis

Terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktifitas, keseimbangan temperatur tubuh dan seksual.

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Manusia akan cenderung mencari rasa aman dan nyaman dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu, aspek fisik (berhubungan dengan sensasi tubuh), sosial (berhubungan dengan interpersonal, keluarga, sosial), psikospiritual (berhubungan dengan kewaspadaan), dan lingkungan (berhubungan dengan latar belakang eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya).

3. Kebutuhan akan kepemilikan dan rasa cinta

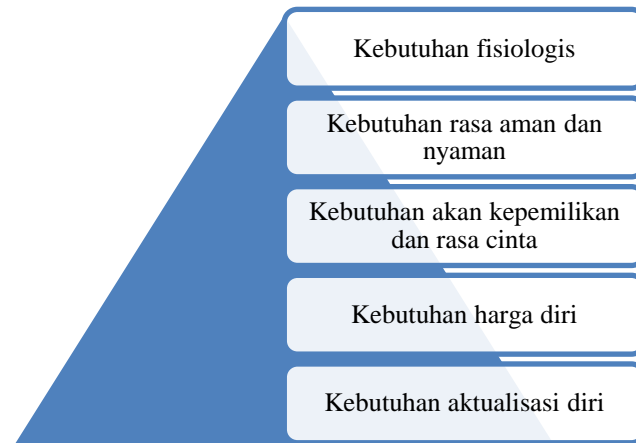
Terdiri atas kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga dan kelompok sosial.

4. Kebutuhan harga diri

Berupa penilaian tentang dirinya.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Terdiri atas kebutuhan mengenal diri dengan baik, tidak emosional, punya dedikasi tinggi, kreatif, dan percaya diri. Tingkatan kebutuhan tersebut dapat digambarkan sebagai piramida.



Gambar 2. 2

Piramida Maslow

Dalam Patrisia et al (2020) Maslow mengemukakan bahwa kelolaan pasien dengan kasus hipertensi mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman yang disebabkan karena adanya nyeri, kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sedangkan perlindungan psikologi seperti perlindungan atas ancaman dari pengalaman asing atau baru, dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

Dewi (2015) menyatakan gangguan rasa nyaman memiliki batasan karakteristik yaitu : ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk rileks, kurang puas atau kurang senang dengan keadaan dan situasi tertentu, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih dan takut. Sedangkan menurut Nurhanifah & Sari, (2022) ketidaknyamanan dapat ditimbulkan oleh adanya nyeri, nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat perseorangan atau individual. Setiap individu merespon nyeri yang dialami dengan beragam cara, misalnya berteriak, meringis, dan lain-lain, oleh karena itu nyeri bersifat subjektif, Ferdisa & Ernawati, (2021) menambahkan peningkatan tekanan darah pada penderita hipertensi dapat menyebabkan rasa nyeri, baik nyeri ringan sampai dengan nyeri berat.

Penyebab nyeri kepala itu sendiri karena adanya kerusakan vaskuler pembuluh darah. Nyeri yang dirasakan merupakan suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul ketika jaringan sedang dirusak sehingga menimbulkan stimulus nyeri pada individu. Berikut ini akan diuraikan mengenai konsep nyeri dan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi rasa nyeri :

a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan suatu bentuk ketidaknyaman secara individual. Nyeri adalah sensor tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang potensial atau actual, nyeri banyak terjadi bersamaan dengan proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sering timbul sebagai manifestasi klinis pada suatu proses patologis, dimana nyeri tersebut memprovokasi saraf - saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distres, atau penderitaan.

b. Pengertian gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkele.. kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relasks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (PPNI, 2015).

c. Jenis gangguan rasa nyaman

Dalam (PPNI, 2015) Menurut mardela secara umum gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi tiga yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah

terjadi. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama yaitu lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal, sindroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

3) Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensai yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

d. Manajemen nyeri non farmakologi

Manajemen nyeri dikelompokkan menjadi dua, yaitu manajemen nyeri secara farmakologi dan non farmakologi. Manajemen nyeri non farmakologi adalah upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan tanpa menggunakan obat-obatan yang memiliki sedikit efek samping, serta lebih murah. Terdapat beberapa jenis tindakan non farmakologis antara lain: teknik relaksasi, distraksi, *guided imagery*, *massage* (pijatan), terapi es dan panas, akupuntur, terapi musik, dan hypnosis serta terapi komplementer. Tehnik-tehnik ini pada umumnya aman, tersedia dengan mudah dan dapat dilakukan di rumah atau dalam lingkungan fasilitas perawatan akut Nurhanifah & Sari (2022).

C. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian

Menurut Wahyuni et al (2021) keluarga adalah sekelompok unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari beberapa anggota yakni ayah, ibu, anak, atau keluarga lain. Keluarga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung, saling berinteraksi dan bergantung untuk mencapai tujuan bersama.

Oleh sebab itu apabila terdapat disfungsi pada keluarga maka akan berdampak pada anggota lain, sehingga diperlukan keperawatan keluarga sebagai fokus pelayanan dan pelibatan anggota keluarga dalam tahap perawatan.

2. Tipe keluarga

Wahyuni et al (2021) mengatakan tipe keluarga tradisional dibagi menjadi :

- a. *Nuclear family*/keluarga inti
- b. *Dyad family*/suami istri yang tidak memiliki anak
- c. *Single parent*/keluarga yang memiliki satu orang tua akibat perceraian atau kematian
- d. *Single adult*/ terdapat satu orang dewasa yang tidak menikah
- e. *Ekstended family*/keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain
- f. *Middle-aged or elderly couple*/orang tua yang tinggal sendiri karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri, *kit-network family*/beberapa keluarga yang tinggal bersama dan menggunakan pelayanan bersama.

3. Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari

a. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga akan dikatakan berfungsi apabila komunikasi berjalan dengan baik, jujur, terbuka, melibatkan emosi serta memiliki timbal balik untuk saling mendengarkan, sedangkan

dikatakan komunikasi yang tidak berfungsi yaitu adanya hal-hal yang negatif, tidak berfokus satu hal, dan komunikasi tidak sesuai.

b. Struktur peran

Struktur peran merupakan perilaku anggota keluarga sesuai dengan posisi yang dimiliki.

c. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan merupakan kemampuan yang dimiliki setiap anggota keluarga untuk selalu mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain.

d. Struktur nilai dan norma

Nilai merupakan sebuah nilai, sikap, serta keyakinan yang mengikat suatu keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma merupakan penerimaan keluarga terhadap pola perilaku dari lingkungan sekitar.

4. Tahapan perkembangan keluarga

Dalam jurnal Wahyuni et al., (2021) Duvall mengatakan dalam sebuah keluarga perkembangan individu dapat berubah setiap saat yang masing-masing memiliki tantangan, kebutuhan, dan tugas tugas yang harus terpenuhi sebelum keluarga mencapai tahap selanjutnya, adapun 8 tahapan perkembangan keluarga meliputi :

- a. *Married couples (without children)*, pasangan yang menikah dan belum memiliki anak
- b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.
- c. *Families with preschool children (oldest child 2,5-6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
- d. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.
- e. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.

- f. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

5. Fungsi keperawatan kesehatan keluarga

Menurut Harnilawati, (2013) mengatakan fungsi keluarga merupakan tolak ukur dari bagaimana berjalannya sebuah keluarga sebagai unit yang berinteraksi dengan satu sama lain untuk mencerminkan kualitas hubungan keluarga, secara umum Friedman membagi fungsi keluarga menjadi 5 diantaranya yaitu :

- a. Fungsi afektif, merupakan fungsi yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga yang berhubungan dengan orang lain
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain didalam rumah
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/ pemeliharaan Kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

6. Tingkat keperawatan keluarga

Dalam Riasmini et al (2017) Friedman, Bowden dan Jones mengatakan praktik keperawatan keluarga memiliki beberapa tingkatan keperawatan keluarga yang meliputi :

- a. Level 1, keluarga menjadi latar belakang individu dan fokus pelayanan adalah individu yang akan dikaji dan diintervensi
- b. Level 2, keluarga merupakan penjumlahan dari anggota-anggotanya dan masalah kesehatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersamaan, masing-masing anggota dilihat sebagai unit yang terpisah
- c. Level 3, fokus pengkajian dan intervensi keperawatan adalah sub sistem dalam keluarga, anggota-anggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, fokus intervensi adalah hubungan ibu dengan anak, hubungan perkawinan dan lain-lain
- d. Level 4, pada level ini keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dari pengkajian dan perawatan. Keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang
- e. Level 5, pada level ini keluarga dipandang sebagai bagian dari masyarakat. Keluarga menjadi sub sistem dalam masyarakat

Adapun tingkatan kemandirian yang dapat dilihat dari tujuh kriteria kemampuan yang telah dicapai keluarga meliputi :

- a. Kriteria 1 keluarga menerima perawat
 - b. Kriteria 2 keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
 - c. Kriteria 3 keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - d. Kriteria 4 keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan pelayanan kesehatan sesuai anjuran
 - e. Kriteria 5 keluarga melakukan tindakan keperawatan sekunder yang sesuai anjuran
 - f. Kriteria 6 keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
 - g. Kriteria 7 keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif
7. Peran perawat keluarga

Menurut Riasmini et al (2017) Keperawatan keluarga merupakan proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga

dalam lingkup keperawatan, yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian perencanaan pelaksanaan dan evaluasi tindakan. Pelayanan keperawatan keluarga dilakukan untuk mendukung kebijakan pelayanan kesehatan di masyarakat sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan pasien dan keluarganya di rumah, keluarga merupakan sebagai unit terkecil atau unit dasar dari suatu masyarakat, sehingga keluarga berperan sangat penting terhadap derajat kesehatan masyarakat itu sendiri.

D. Teori Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian Individu

a. Pengkajian asuhan keperawatan

Menurut Efendi (2022), konsep proses keperawatan hipertensi terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi. Assesmen adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

1) Aktivitas atau istirahat

Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipea

2) Sirkulasi

Riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung coroner, kenaikan tekanan darah, hipotensi postural, takikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.

3) Intergitas ego

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

4) Eliminasi urine

Penurunan fungsi ginjal atau adanya gangguan pada ginjal saat ini atau yang lalu.

5) Makanan atau cairan

Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolestrol, berat beda normal atau obesitas, adanya edema.

6) Neurosensori

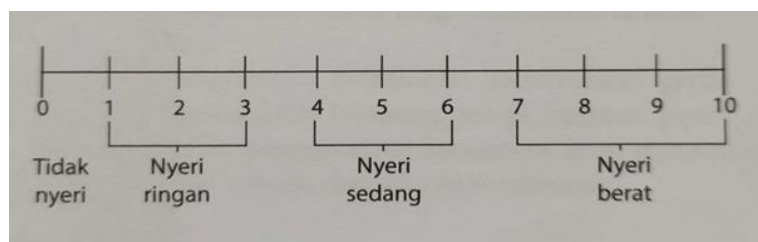
Keluhan pusing atau pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis, perubahan orientasi, penurunan kekuatan gengaman, perubahan retinal optic.

7) Nyeri atau ketidaknyamanan

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

a) Cara mengukur nyeri menggunakan (NRS)

Numerik Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan. Derajat nyeri diukur dengan skala 0-10.



Gambar 2. 3

Numerik Rating Scale

8) Pernafasan

Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipea, ortopnea, dyspnea nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok distres respirasi atau pengimanan otot aksesoris pernapasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

9) Keamanan

Gangguan kordinasi, cara jalan, episode paresthesia, hipotensi postural.

b. Pengkajian keluarga

Data umum

1) Identitas pasien

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

2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnosa 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, kelembaban 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 komunikas di dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

5) Fungsi keperawatan keluarga

Menurut Friedman dalam Harnilawati (2013) fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu:

- a) KMK mengenal masalah meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah
- b) KMK mengambil keputusan: meliputi sejauh mana 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 atau manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- e) KMK menggunakan fasilitas kesehatan sebagai sarana prasarana untuk melakukan perawatan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dalam perawatan pengobatan kekambuhan suatu penyakit

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam IPKKI Riasmini et al., (2017) merupakan hasil dari keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data untuk menetapkan tindakan-tindakan dimana perawat bertanggung

jawab dalam pelaksanaannya. Diagnosa keperawatan menurut Efendi (2022) diagnosa yang mungkin muncul pada pasien hipertensi:

a. Nyeri akut b.d agen pencederaan fisiologis

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

b. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur tidak cukup, mengeluh istirahat tidak cukup.

Objektif : -

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Objektif : -

c. Ansietas berhubungan b.d kurang terpapar informasi

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.
 - Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya
 - Objektif : frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, frekuensi darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih.
- d. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit
- Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik psikospiritual, lingkungan dan sosial.
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : mengeluh tidak nyaman
 - Objektif : gelisah
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif : mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, merasa mual, merasa lelah.
 - Objektif : menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah.
- e. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
- Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan
 - Objektif : gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, aktifitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif : gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko

a) Prioritas masalah

Setelah dapat dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah keluarga yang ada perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumberdaya dan sumber dana yang dimiliki. Diana (2020) telah merumuskan skala prioritas 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.

Tabel 2. 2

Skala Prioritas Masalah

No.	Kriteria/sub kriteria	Bobot kriteria	Score sub kriteria
1.	Sifat masalah Skala : Aktual Resiko Potensial	1	3 2 1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : Mudah Sebagian Tidak mudah	2	2 1 0
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : Tinggi Sedang Rendah	1	3 2 1
4.	Menonjolnya masalah Skala : Segera Tidak perlu Tidak dirasakan	1	2 1 0

Keterangan skoring : Setelah merumuskan skala prioritas sesuai dengan tabel diatas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring dengan membuat rumus :

Tabel 2. 3

Skoring Skala Masalah

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

- a) Kriteria sifat masalah: menentukan sifat masalah ini dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi di mana 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 bisa berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.
- b) 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
- c) Kriteria potensi pencegahan masalah: kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah. Berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling

- d) berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya
- e) 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 prioritas yang harus ditangani berdasarkan : masalah yang benar benar harus ditangani, ada masalah tetapi tidak dirasakan, ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.

f. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan (intervensi) menurut Efendi (2022) merupakan catatan tentang rencana keperawatan terhadap diagnosis keperawatan yang telah ditentukan, yang dilakukan untuk menanggulangi masalah dengan cara mencegah, mengurangi dan menghilangkan riwayat masalah. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat dan pembedaan asuhan keperawatan, terdapat pada tabel dibawah:

Gambar 2. 4

Rencana Keperawatan Hipertensi Berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan sistem saraf Kode (D.0078) Tanda dan gejala mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas <p>Tanda dan gejala minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyepit 6. Berfokus pada diri sendiri 	<p>Tingkat nyeri Kode (L.08063) Setelah dilakukan kunjungan 3 kali diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Ketegangan otot menurun 5. Mual menurun 6. Muntah menurun 7. Frekuensi nadi membaik 8. Pola napas membaik 9. Tekanan darah membaik 10. Fungsi berkemik membaik 11. Perilaku membaik 12. Nafsu makan membaik 13. Pola tidur mebaik 	<p>Manajemen nyeri Kode (I.0823) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgrik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis,TENS, hypnosis, akupresure, terapi pijat, aromateraphi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang emperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebingan) 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

1	2	3	4
			Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur Kode (D.0055) Tanda dan gejala mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif - Tanda dan gejala minor Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif -	Pola tidur Kode (L.05045) Setelah dilakukan kunjungan 3 hari diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur Kode (I.05174) Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu ruangan, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.

1	2	3	4
			Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur (REM) 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis, psikologis, gaya hidup, sering berubah sifit bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya.
3.	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0080)</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisinya yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur <p>Tanda dan gejala minor</p> <p>subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya 	<p>Tingkat Ansietas Kode (L.09093)</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan 3 kali diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah mnurun 4. Keluhan pusing menurun 	<p>Reduksi Ansietas Kode (I.09314)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani klien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

1	2	3	4
	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Tremor 5. Muka tampak pucat 6. Suara bergetar 7. Kontak mata buruk 		<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersamapasien, jika perlu 4. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 5. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penggunaan obat anti ansietas, jika perlu
4.	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit Kode (D.0074) Tanda dan gejala mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah <p>Tanda dan gejala mayor subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Merasa gatal 4. Mengeluh mual 5. Mengeluh lelah <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah 5. Iritabilitas 	<p>Status kenyamanan Kode (L.08064) Setelah dilakukan kunjungan 3 kali diharapkan status kenyamanan dengan kriteria hasil :</p> <p>Kesejahteraan fisik meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan psikologis meningkat 2. Dukungan sosial dari keluarga meningkat 3. Keluhan tidak nyaman menurun 4. Gelisah menurun 5. Lelah menurun 6. Kewaspadaan membaik 7. Pola hidup membaik 	<p>Terapi relaksasi Kode (I.09326) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif <p>Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai

1	2	3	4
			Edukasi : 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
5.	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan Kode (D.0115) Tanda dan gejala mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita 2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit anggota 2. Aktifitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat <p>Tanda dan gejala minor Subjektif</p> <p>-</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 	<p>Manajemen kesehatan keluarga Kode (L.12105) Setelah dilakukan kunjungan 3 kali diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat 3. verbalisasi kesulitan menjelaskan perawatan yang ditetapkan meningkat 4. Gejala penyakit anggota keluarga meningkat 	<p>Dukungsn koping keluarga Kode (I.09260) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 2. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan 4. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan 5. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala -Informasikan fasilitas

Dalam Anggraini (2022) Huda dan Kusuma mengatakan diagnosa keperawatan keluarga merupakan diagnosa tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan pada 5 tujuan khusus untuk menentukan diagnosa keperawatan keluarga yaitu dengan cara memodifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut :

- a. TUK I : Keluarga mampu mengenal masalah
Domain capaian hasil : pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit
- b. TUK II : Keluarga mampu mengambil keputusan
Domain capaian hasil : domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan, dukungan care giver dan emosional.
- c. TUK III : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit
Domain capaian hasil : kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan, care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.
- d. TUK IV : Keluarga mampu memodifikasi lingkungan
Domain capaian hasil : kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.
- e. TUK V : Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan
Domain capaian hasil : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber sumber kesehatan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan implementasi dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengasuh harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), interpersonal, dan perilaku agar berhasil dalam memberikan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Proses implementasi harus didasarkan pada

kebutuhan pelanggan, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implementasi perawatan, dan aktivitas komunikasi.

Adapun keterampilan dalam memberikan perawatan dalam proses implementasi yaitu terapi komplementer. Terapi komplementer merupakan bagian dari terapi non farmakologi yang cenderung aman untuk dijalankan di rumah secara mandiri, adapun terapi komplementer untuk menurunkan hipertensi yaitu dengan terapi rebusan daun salam. Menurut Mahardika et al (2019) daun salam dapat menurunkan kadar trigliserida serum karena daun salam mengandung beberapa senyawa seperti saponin, flavonoid, tanin dan niasin. Flavonoid dalam daun salam berfungsi sebagai antioksidan yang mampu mencegah terjadinya oksidasi sel tubuh. Semakin tinggi oksidasi semakin tinggi prevalensi terjadinya penyakit degeneratif, jadi kandungan flavonoid daun salam dapat mencegah terjadinya hipertensi.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian respon terhadap perilaku keperawatan yang telah dilakukan oleh pemberi asuhan terhadap pasien dengan mengacu pada kriteria atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam pengembangan dalam memandirikan proses atau penilaian formatif yang dilakukan setelah setiap tindakan diselesaikan dengan respon klien terhadap tujuan tertentu dan tujuan umum yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk mempermudah proses mengevaluasi atau memantau perkembangan klien. Digunakan komponen SOAP, adalah sebagai berikut:

S: Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O: Data objektif

Data berdasarkan hasil pengkajian atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A: Analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dilakukan suatu masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Perencanaan

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.