

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan atau kondisi dimana tekanan darah seseorang naik diatas batas normal, yang dapat menyebabkan morbiditas bahkan kematian. Tekanan darah naik ketika tekanan darah sistolik meningkat, yang tingginya tergantung pada masing-masing individu yang terkena, dan tekanan darah berfluktuasi dalam kisaran, tergantung pada posisi tubuh, usia, dan tingkat stres yang dialami (Tambunan Dkk., 2021).

Hipertensi terjadi ketika tekanan darah melebihi 140/90 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah tidak normal dan terus meningkat dalam beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh satu atau beberapa faktor resiko yang tidak dapat mempertahankan tekanan darah normal secara normal (Deshpande, 2013).

Jadi dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan suatu keadaan tekanan darah yang melebihi 140 mmHg sistolik dan sama atau melebihi 90 mmHg diastolik dalam 2X pengukuran.

2. Etiologi Hipertensi

Menurut Kamila (2017), penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti dari Hipertensi esensial belum diketahui, pada Hipertensi esensial tidak di temukan penyakit renivaskuler, gagal ginjal maupun penyakit lainnya, genetik serta ras menjadi bagian dari penyebab timbulnya Hipertensi esensial termasuk stress, alkohol, merokok, lingkungan dan gaya hidup (Triyanto,2014) dalam (Kamila, 2017).

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder penyebabnya dapat diketahui seperti kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid, penyakit parenkimal (Buss & Labus,2013) dalam (Kamila, 2017).

Faktor resiko Hipertensi:

a. Faktor yang bisa dirubah

1). Usia

Faktor usia merupakan salah satu faktor resiko yang berpengaruh terhadap Hipertensi karena dengan bertambahnya usia maka semakin tinggi pula resiko terkena Hipertensi. Hal ini disebabkan oleh perubahan alamiah dalam tubuh yang mempengaruhi pembuluh darah, hormon serta jantung.

2). Lingkungan

Faktor lingkungan seperti stress juga memiliki pengaruh terhadap Hipertensi. Hubungan antara stress dengan Hipertensi melalui saraf simpatis, dengan adanya peningkatan tekanan darah.

3). Obesitas

Faktor lain yang dapat menyebabkan Hipertensi adalah obesitas atau kegemukan.penderita obesitas dengan Hipertensi memiliki daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah yang lebih tinggi di banding dengan penderita yang memiliki berat badan normal.

4). Merokok

Kandungan nikotin dalam rokok dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, iritabilitas miokardial serta terjadi vasokonstriksi yang dapat meningkatkan tekanan darah.

b. Faktor yang tidak bisa dirubah

1) Genetik

Penderita Hipertensi esensial sekitar 70-80% lebih banyak pada kembar *monozigot* (satu telur) daripada *heterozigot*(beda telur).

2) Ras

Orang berkulit hitam memiliki resiko yang lebih besar terkena Hipertensi primer ketika predisposisi kadar renin plasma yang rendah mengurangi kemampuan ginjal untuk mengekskresikan kadar natrium yang berlebih.

3. Klasifikasi

Menurut etiologinya, hipertensi dibagi menjadi dua kategori: hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi esensial adalah tekanan darah tinggi yang tidak diketahui penyebabnya. Ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi esensial, yaitu genetik, jenis kelamin, pola makan, berat badan, dan gaya hidup, sedangkan hipertensi sekunder adalah Hipertensi yang disebabkan karena kerusakan satu hal. Yang termasuk hipertensi sekunder seperti hipertensi jantung dan ginjal (Puspitasari, 2020).

Tabel 2.1

Klasifikasi Tekanan Darah Pada Orang Dewasa Berusia 18 Tahun ke Atas

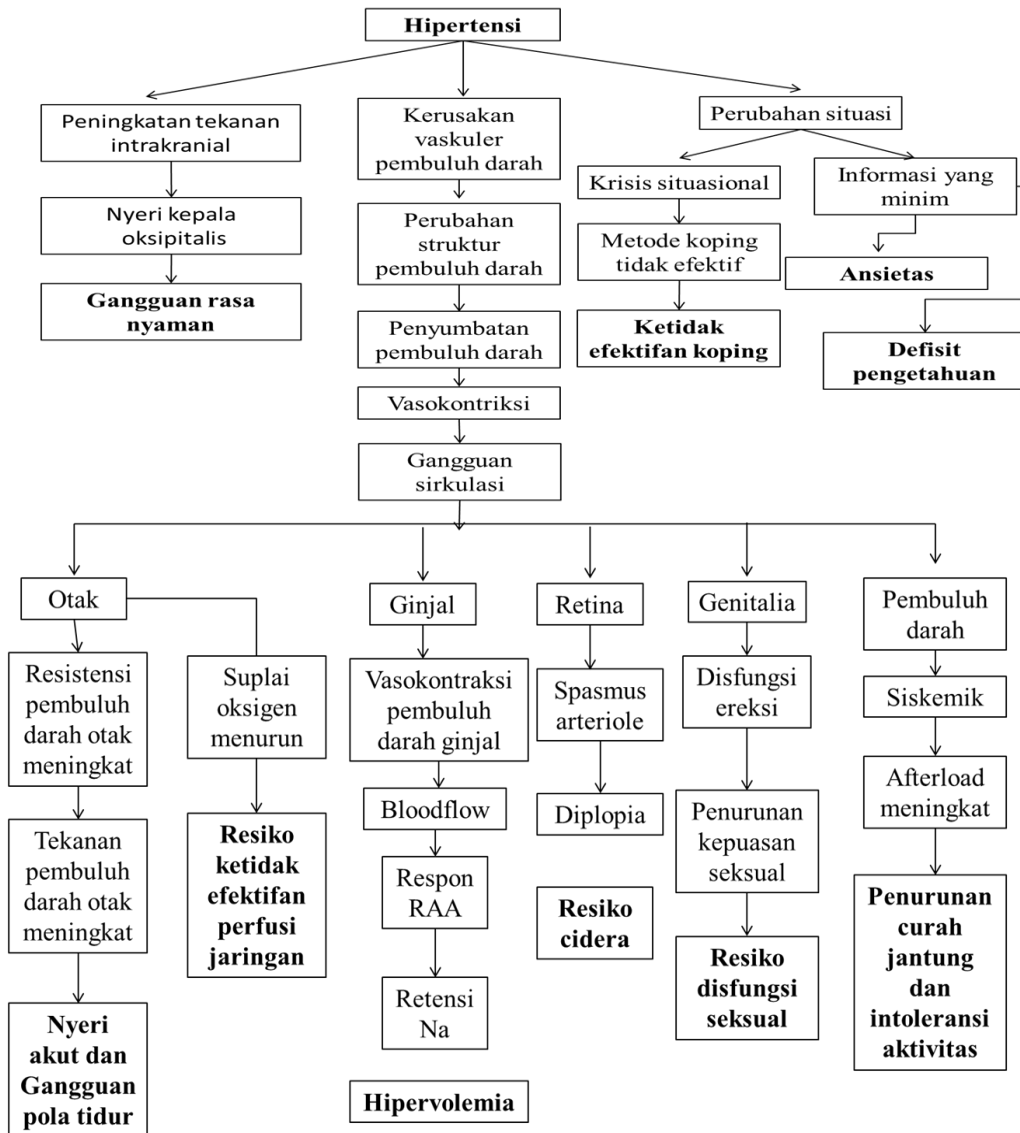
Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	< 130 mmHg	< 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi Tahap 1(ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi Tahap 2(sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi Tahap 3(berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg

Sumber: Efendi (2022)

4. Patofisiologis

Di pusat vasomotor dan meduler otak, terjadi proses penyempitan dan relaksasi pembuluh darah, yang dimulai dari saraf simpatis dan berlanjut ke sumsum tulang belakang dan perut. Pusat vasomotor menghantarkan rangsangan berupa impuls yang berjalan menuruni sistem saraf simpatis menuju ganglia simpatis. Pada titik ini, asetilkolin dilepaskan oleh neuron preganglionik ke dalam pembuluh darah. Kecemasan dan ketakutan dapat memengaruhi bagaimana pembuluh darah merespons rangsangan vasokonstriksi (Fitriastuti Nurcahyani Dkk., 2021).

Sistem saraf simpatik dan kelenjar adrenal merangsang pembuluh darah sebagai respons terhadap emosi, yang menghasilkan peningkatan aktivitas vasokonstriktor. Epinefrin disekresikan oleh medula adrenal dan menyebabkan vasokonstriksi, sedangkan kortisol dan steroid disekresikan oleh korteks adrenal dan meningkatkan respons vaskular. Vasokonstriksi dapat menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke ginjal. Renin dapat merangsang pembentukan angiotensin 1. Ketika vasokonstriksi kuat, angiotensin 1 diubah menjadi angiotensin 2, yang selanjutnya merangsang sekresi aldosteron. Hormon ini menyebabkan retensi natrium di tubulus ginjal. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan tekanan darah tinggi (Kadir, 2018).



Sumber: Kadir (2018)

Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

5. Manifestasi Klinis Hipertensi

Menurut (Manuntung, 2018) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tanpa gejala

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

b. Gejala yang umum

Gejala lazim dan umum dialami adalah nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya, gejala inilah yang lazim membawa penderita mencari pertolongan medis. Beberapa gejala yang dialami pasien yang mengalami hipertensi yaitu:

- 1) Sakit kepala atau Pusing
- 2) Lemas
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Rasa berat di tengkuk
- 8) Kesadaran menurun

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Ibrahim (2007) :

- a. 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. Glukosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapatdiakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM
- b. CT scan: mengkaji adanya tumor serebral, ensefalopati.

- c. EKG: dapat menunjukkan pola regangan, di mana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu bulan sebelum mempertimbangkan pemberian terapi farmakologis. Pada hipertensi berat, perubahan gaya hidup dan terapi farmakologi harus dijalani secara bersama-sama. Pola makan makanan tinggi kalium dan kalsium serta rendah natrium juga merupakan metode terapi nonfarmakologis pada lansia penderita hipertensi ringan.

7. Penatalaksanaan

Menurut Devi Mediarti Dkk (2022) 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.
- 2)Menjaga berat badan tetap ideal.
- 3)Membiasakan olahraga secara teratur atau rutin.
- 4)Mengindari minum-minuman beralkohol.
- 5)Berusaha mengurangi kebiasaan merokok.
- 6) Berfikir tenang akan terhindar dari stress.
- 7) Melakukan latihan relaksasi.
- 8) Terapi komplementer.

b. Terapi farmakologi (terapi dengan obat)

Terapi ini yang dilaksanakan dengan obat-obatan menjadi hal yang penting. Obat-obatan yang dapat digunakan antara lain obat-obatan golongan betabloker, diuretic dan antagonis kalsium.

1) Diuretik

Termasuk obat anti hipertensi yang memiliki fungsi untuk memicu penguaran 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) ACE-inhibitor

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

4) Ca bloker

Berfungsi merelaksasikan pembuluh darah dan mengurangi kecepatan jantung

8. Komplikasi Hipertensi

Menurut Yulanda & Lisiswanti (2017) komplikasi hipertensi adalah:

a. Stroke

Penyakit ini terjadi di karenakan pendarahan tekanan tinggi pada otak, pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi di sebabkan embolus yang terlepas. Saat aliran darah ke daerah yang di salurkan darahnya menurun disebabkan oleh arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal. Saat arteri otak mengalami arterosklerosis dapat menjadi lemah, sakit kepala mendadak, hemiparais, penurunan kesadaran.

b. Infark miokard

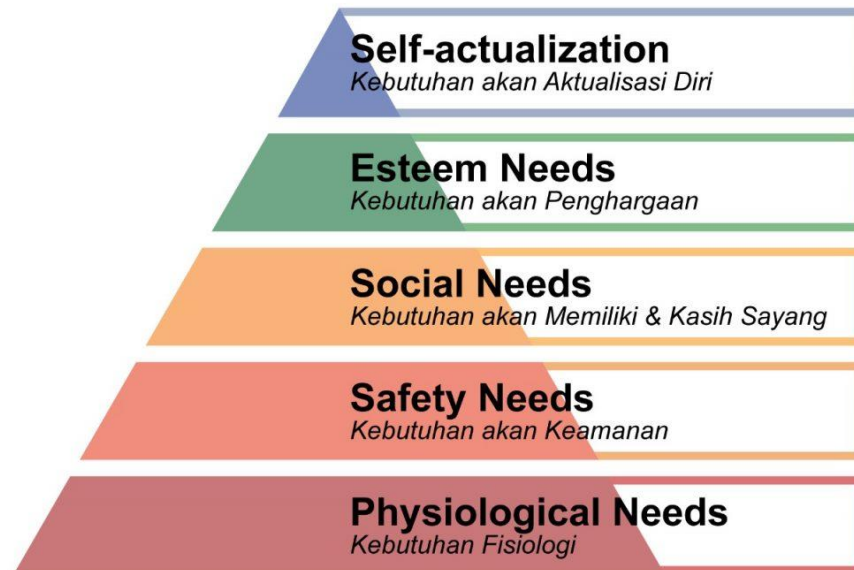
Pembentukan trombus dapat mengakibatkan aliran darah sehingga suplai oksigen tidak dapat terpenuhi dan akan mengakibatkan iskemia jantung yang akhirnya akan terjadi infark pada miokard.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal ini akibat dari gangguan secara progresif oleh tekanan tinggi pada kapiler ginjal, nefron akan terganggu, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal di akibatkan adanya kerusakan pada glomerulus. Gangguan ini dapat menyebabkan kematian pada pasien yang mengalami sakit.

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut Abraham Maslow teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abram Maslow dalam Potter dan Perry, dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut.



Sumber: Nurwening et al (2011)

Gambar 2.2 kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman
Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (mis, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain,

serta kemampuan memahami orang-orang di 14 lingkungan sekitarnya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman.

3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.
4. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya

Berdasarkan teori Maslow, kasus hipertensi pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut, Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya).

1. Pengertian nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial. Nyeri merupakan pengalaman perasaan tidak enak atau tidak menyenangkan dari sensorik maupun emosional seseorang yang disebabkan adanya stimulus yang berhubungan dengan resiko dan actualnya kerusakan jaringan tubuh, bersifat subjektif dan sangat individual, dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian seseorang, perhatian dan variable-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan serta memotivasi setiap orang yang mengalami nyeri untuk mencoba untuk menghentikan rasa sakit tersebut (Rejeki, 2018).

2. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain: usia, jenis kelamin, budaya, pemahaman nyeri, perhatian, kecemasan, kelelahan, pengalaman masa lalu, pola koping, keluarga dan dukungan social.

a. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

b. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri.

c. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (*distraksi*) dihubungkan dengan penurunan respon.

d. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

3. Jenis dan bentuk nyeri

Rasa nyeri akan dirasakan oleh seseorang dalam beberapa bentuk. Terdapat dua bentuk sindrom nyeri yaitu Nyeri Akut dan Nyeri Kronis.

a. Nyeri akut (Nyeri Nosiseftif)

Nyeri akut sering juga disebut nyeri nosiseftif adalah nyeri yang berlangsung bersamaan dengan masih adanya kerusakan jaringan. Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung secara singkat misal: nyeri yang diakibatkan oleh pembedahan abdomen, rasa nyeri ini tidak melebihi enam bulan. Nyeri akut biasanya ditandai dengan peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b. Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disebutkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya.

C. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dalam perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau keluarga lain. Keluarga terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi satu sama lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Oleh karena itu, jika terdapat disfungsi keluarga maka akan berdampak pada anggota keluarga yang lain sehingga diperlukan keperawatan keluarga sebagai fokus pelayanan dan pelibatan anggota keluarga dalam tahap keperawatan (Wahyuni et al., 2021).

2. Tipe keluarga

Menurut Wahyuni et al (2021) tipe keluarga dibagi menjadi:

- a. *Nuclear family* atau keluarga inti yang terdiri dari suami, istri dan anak.
- b. *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri tetapi tidak memiliki anak.
- c. *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian.
- d. *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.
- e. *Extended family* yaitu keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
- f. *Middle-aged or ordely couple* dimana orang tua tinggal sendiri dirumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.

3. Struktur keluarga

Menurut Wahyuni et al (2021) 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

Menurut Duvall (1977) dalam Wahyuni et al (2021), terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (*eight-stage family life cycle*):

a. *Married couples (without children)*, yaitu pasangan yang menikah dan belum memiliki anak.

b. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, yaitu keluarga dengan seorang anak yang baru lahir.

c. *Families with preschool children (oldest child 2,5 – 6 years)*, yaitu keluarga dengan anak yang berusia prasekolah.

d. *Families with school children (oldest child 6 – 13 years)*, yaitu keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar.

- e. *Families with teenagers (oldest child 13 – 20 years)*, yaitu keluarga dengan anak yang telah remaja.
- f. *Families launching young adults (first child gone to last child leaving home)*, yaitu keluarga dengan anak yang telah dewasa dan menikah.
- g. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, yaitu keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
- h. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, yaitu keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.

5. Fungsi keperawatan kesehatan keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam Wahyuni et al (2021) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia.
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

6. Tingkat keperawatan keluarga

Menurut Wahyuni et al (2021) ada 4 tingkatan keperawatan keluarga, yaitu:

- a. Level 1, Keluarga menjadi latar belakang individu/ anggota keluarga dan fokus dan pelayanan keperawatan di tingkat ini adalah individu yang akan dikaji dan intervensi.
- b. Level 2, Keluarga merupakan penjumlahan dan anggotaanggota, masalah kesehatan/keperawatan yang sama dari masing-masing anggota akan diintervensi bersama 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, anggotaanggota keluarga dipandang sebagai unit yang berinteraksi, fokus intervensi, hubungan ibu dengan anak.
- d. Level 4, Seluruh keluarga dipandang sebagai klien dan menjadi fokus utama dalam pengkajian dan perawatan, keluarga menjadi fokus dan individu sebagai latar belakang, keluarga dipandang sebagai intraksional sistem, fokus intervensi; Struktur dan fungsi keluarga; Hubungan subsistem keluarga dengan lingkungan luar.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

Menurut Efendi (2022), konsep proses keperawatan hipertensi terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. 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 mau pun spiritual dapat ditentukan.

a. Aktivitas atau istirahat

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

b. Sirkulasi

Riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung *coroner*, penyakit serebrovaskular, kenaikan TD, hipotensi postural, takikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.

c. Integritas ego

Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoris, faktor *stesmultiple*, letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.

e. Makanan atau cairan

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

f. Neurosensori

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

g. Nyeri atau ketidaknyamanan

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

1) Cara mengukur nyeri menggunakan *Numerik rating scale* (NRS):

Menurut Muttaqin (2008) dalam Rejeki (2018) *Numerik rating scale* adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya.

Tidak nyeri (skala 0)

Nyeri ringan (skala 1-3)

Nyeri sedang (skala 4-6)

Nyeri hebat (skala 7-10)

h. Pernafasan

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

i. Keamanan

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

j. Pembelajaran atau penyuluhan

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

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Efendi (2022) menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (resiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis. Pegerakan diagnosa keperawatan harus memenuhi beberapa persyaratan, antara lain pernyataan yang jelas dan ringkas dari reaksi klien terhadap situasi atau situasi tertentu, intruksi keperawatan yang spesifik dan akurat, dapat dilakukan oleh staf keperawatan, dan klien. Dapat mencerminkan status kesehatan. Diagnosa yang muncul pada pasien hipertensi:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis

Menurut SDKI data mayor dan minor untuk diagnosa tersebut:

1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur.

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak ada

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh istirahat tidak cukup.
 - 2) Gejala dan tanda minor
Subjektif : tidak ada
Objektif : tidak ada
- c. Ansietas berhubungan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi
Objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
 - 2) Gejala dan tanda minor
Subjektif : mengeluh pusing
Objektif : frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat
- d. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif : mngeluh tidak nyaman
Objektif : gelisah
 - 2) Gejala dan tanda minor
Subjektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh kedinginan atau kepanasan, mengeluh mual,
Objektif : tampak merintih
- e. Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh
 - 1) Gejala dan tanda mayor
Subjektif : riwayat jatuh, kekuatan otot menurun

f. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Menurut SDKI data mayor dan minor untuk diagnosa tersebut:

1) Gejala dan tnda mayor

Subjektif : Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang di tetapkan.

Objektif : Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat.

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif : Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi Faktor resiko.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan (intervensi) menurut Efendi (2022) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana keperawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat dan pembuatan asuhan keperawatan diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan Hipertensi Berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Tekanan darah meningkat 7. Pola nafas berubah 	<p>Tingkat nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Pola napas membaik. 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Sikap protektif menurun 7. Menarik menurun 8. Muntah menurun 9. Mual menurun 10. Frekuensi nadi membaik 11. Pola napas membaik 12. Fokus membaik 13. Fungsi berkemih membaik 14. Perilaku membaik 15. Nafsu makan membaik 16. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi lokasi, kalidentifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal lden 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing. kompres hangat/dingin, terapi bermain)

1	2	3	4
			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan pola tidur Berhubungan dengan Kurang kontrol tidur Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering Terjaga 3. Mengeluh istirahat tidak cukup 4. Mengeluh tidak puas tidur 	<p>Pola tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 6. Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, teh, alcohol makan mendekati waktur tidur, minum banyak air sebelum tidur) 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur (misalnya, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

1	2	3	4
			<p>3. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/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.psikologi, gaya hidup, sering berubah shift berkerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
3	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir <p>Dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tampak gelisah 4. Tampak tegang 5. Sulit tidur 6. Mengeluh pusing 	<p>Tingkat Ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Obervasi :</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 nonverbal) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian

1	2	3	4
	7. Frekuensi nadi meningkat 8. Tekanan darah Meningkat	6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pernafasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi membaik 15. Pola tidur membaik 17. Kontak mata membaik 18. Pola berkemih membaik 19. Orientasi membaik	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi : 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
4.	Gangguan Rasa Nyaman Berhubungan dengan gejala penyakit Ditandai dengan: 1. Mengeluh tidak Nyaman 2. Gelisah 3. Mengeluh sulit Tidur 4. Mengeluh mual	Status kenyamanan 1. keluhan tidak nyaman menurun 2. gelisah menurun 3. kebisingan menurun 4. keluhan sulit tidur menurun 5. keluhan kedinginan menurun	Terapi relaksasi Obsrvasi : 1. identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan

1	2	3	4
	5. Mengeluh lelah 6. Tampak merintih	6. keluhan kepanasan menurun 7. gatal menurun 8. mual menurun 9. lelah menurun 10. merintih menurun 11. menangis menurun 12. menyalahkan diri sendiri menurun 13. konsumsi alcohol menurun 14. penggunaan zat menurun 15. percobaan bunuh diri menurun	5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik : 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruana 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 Edukasi : 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditas, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
5.	Resiko Jatuh	Tingkat jatuh 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun	Pencegahan jatuh Observasi : 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit onnitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh

1	2	3	4
		<p>4. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>5. jatuh saat dipindahkan menurun</p> <p>6. Jatuh saat naik tangga menurun</p> <p>7. Jatuh saat dikamar mandi menurun</p> <p>Jatuh saat membungkuk menurun</p>	<p>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu</p> <p>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nuser station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdin 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

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.

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 memandangkan 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 subjektif

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 kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif

P: Planing

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.

E. Konsep Teori Keperawatan Keluarga

Menurut Wahyuni et al (2021), asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil adalah pengetahuan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

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

3. TUK 3 : Mampu merawat

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

4. TUK 4 : mampu memodifikasi lingkungan

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

5. TUK 5 : mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

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

a. Pengkajian

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 serana MCK yang ada dilingkungan rumah.

4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi didalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

5) Fungsi keluarga

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

a) KMK mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian hingga tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat asli dari luasnya masalah diraskan 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 hygien sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- e) KMK kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan meliputi sejauh mana keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan baik.

b. Prioritas masalah

Bailon dan Maglaya (2009) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut:

Table 2.3
Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	Sifat masalah	Actual Potensial Resiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah	Mudah sebagian Tidak mudah	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	2 1 0	1

Keterangan skoring:

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai tabel di atas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon dan Maglaya membuat rumus:

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

Gambar 2.4
Skoring Skala pPrioritas

Dengan adanya skala proiritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang memutuhkan penanganan cepet atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera tidak atau kurang sehat merupakan kondisi 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 tetang kesehatan. Ancaman ini bias berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

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

- 3) Kriteria potensi pencegahan masalah
Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah, berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.
- 4) Kriteria masalah yang menonjol
Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat. Prioritas yang harus ditangani berdasarkan:
 - a) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
 - b) Ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani.
 - c) Ada masalah tetapi tidak dirasakan.

1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengambilan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

a. Problem (P/masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien. Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum atau membuat analogi-analogi yang mudah dimengerti sehingga mampu meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan, unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

- 1) Patofisiologi penyakit, yaitu semua penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
- 2) Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang bias menjadikan sebab kekurangan pengetahuan, isolasi sosial.
- 3) Medikasi yaitu fasilitas dan program pengobatan atau perawatan
- 4) Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak
- 5) *Adolescare* yaitu tertinggal dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif
- 6) *Young adult* yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orang tua.
- 7) Dewasa, yaitu tekanan karier dan tanda-tanda pubertas.

c. *Sign dan symptom* (S/Tanda dan Gejala)

Pada tahap ini yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, gejala, atau tanda. Sign and symptom merupakan informasi yang sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan, dan telah ditentukan rumus yang telah disepakati bersama. Rumus tersebut adalah PE/PES (Achjar, 2012).