

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan suatu unit terkecil yang ada di dalam masyarakat.

Keluarga dapat didefinisikan sebagai suatu istilah kekerabatan dimana individu satu dengan yang lain bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan seseorang yang mempunyai hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Wahyuni, 2021).

Keluarga merupakan sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, atau adopsi yang berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing sebagai suami dan istri, ibu, ayah, anak, kaka dan adik, yang menciptakan dan memelihara budaya bersama (Burgess & Locke, 1953 dalam Siregar, 2020)

Dari beberapa definisi keluarga diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan suatu kumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh darah, perkawinan atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah terdiri atas suami, istri, ibu, ayah, anak, kaka dan adik.

2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut (Tiara, 2022) pembagian tipe keluarga adalah :

a. Keluarga Tradisional

1) *The Nuclear Family* (Keluarga inti).

Keluarga ini merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak (kandung/angkat).

2) *The Extended Family* (keluarga besar)

Keluarga besar meruapkan keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, bibi, atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah.

3) *The Dyad Family* (keluarga “Dyad”)

Keluarga Dyad merupakan keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

4) *Single Parent* (orang tua tunggal)

Single parent merupakan keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak (kandung/angkat), kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

5) *The single adult living alone /single adult family*

Single adult family merupakan keluarga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (perceraian atau ditinggal mati).

- 6) *Blended Family* adalah keluarga duda atau janda (karena peceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dan perkawinan sebelumnya.
- 7) *Middle-Age or elderly couple* Dimana orangtua tinggal sendiri dirumah dikarenakan anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.

2.1.3 Ciri-Ciri Keluarga

Menurut Ariyanti (2023) mengatakan bahwa ciri- ciri suatu keluarga antara lain :

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk dan dipelihara.
- c. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama dan perhitungan garis keturunan.
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota anggota keluarganya yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.

2.1.4 Struktur Keluarga

Menurut (Fadhilah, 2021) struktur keluarga dapat dibedakan menjadi 3 yaitu jalur hubungan darah, jalur tempat tinggal dan pengambilan keputusan.

1. Jalur hubungan darah

a) Patrilineal

Patrilineal merupakan keluarga yang di hubungkan melalui jalur ayah.

b) Matrilineal

Matrilineal merupakan keluarga yang di hubungkan melalui jalur ibu.

2. Jalur tempat tinggal

a) Patrilokal

Patrilokal merupakan keberadaan tempat tinggal dalam suatu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak ayah/laki-laki.

b) Matrilokal

Matrilokal merupakan keberadaan tempat tinggal dalam suatu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak ibu/perempuan.

3. Jalur pengambilan keputusan

a) Patrikal

Pengambilan keputusan berada di pihak suami/laki-laki.

b) Matriakal

Pengambilan keputusan berada di pihak ibu/perempuan.

2.1.5 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) dikutip dalam Husnaniyah (2022) Bawa fungsi keluarga dibedakan menjadi 5 macam yaitu sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, dimana pada fungsi afektif ini sangat berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Ada beberapa komponen yang harus dipenuhi oleh keluarga agar tercipta fungsi efektif ini yaitu dengan cara : saling mengasuh, mencintai kehangatan, saling menerima, saling memahami dan mendukung sehingga akan tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung, karena hubungan yang baik di keluarga akan menjadikan dasar dalam membina hubungan dengan orang lain.

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi dimulai pada saat individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan unit terkecil dimana seseorang dapat melakukan sosialisasi. Tahapan perkembangan individu dan keluarga akan dicapai melalui hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi, anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai dan norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat.

c. Fungsi reproduksi

Pada fungsi ini keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan untuk meningkatkan sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi pada keluarga untuk meningkatkan status kesehatan. Fungsi ini untuk memenuhi kebutuhan anggota seperti makanan, pakaian dan rumah, dengan itu maka keluarga membutuhkan sumber keuangan.

e. Fungsi perawatan keluarga

Fungsi ini berfungsi untuk melakukan asuhan kesehatan terhadap keluarganya baik untuk mencegah terjadinya suatu gangguan penyakit maupun merawat keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan yang memerlukan bantuan.

2.1.6 Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Menurut Friedman Keluarga memiliki tahap perkembangan yang didalamnya terdapat tugas perkembangan (Putri, 2021) keluarga memiliki delapan tahap perkembangan.

1. Tahap I: Keluarga baru (*beginning family*)

Perkembangan keluarga tahap I merupakan keluarga dengan pasangan yang baru menikah dan belum mempunyai anak. Perkembangan keluarga tahap I dimulai ketika laki-laki/ perempuan melepas masa lajang ke hubungan baru yang lebih intim dan berakhir ketika lahir anak pertama. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini

adalah membangun perkawinan yang saling memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis, mendiskusikan rencana keluarga dan memahami prenatal care (kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

2. Tahap II: Tahap mengasuh anak (*child bearing*)

Perkembangan keluarga tahap II merupakan masa transisi pasangan menjadi orangtua. Tahap ini dimulai ketika anak pertama dilahirkan hingga anak tersebut berusia 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap II antara lain adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan, membagi tugas dan peran, memperluas persahabatan keluarga besar, bimbingan orangtua tentang tumbuh kembang anak dan konseling KB.

3. Tahap III: Keluarga dengan anak prasekolah (*families with pre school*)

Perkembangan keluarga tahap III dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga (kebutuhan anak prasekolah), mensosialisasikan anak dan merencanakan kelahiran berikutnya.

4. Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Perkembangan keluarga tahap IV dimulai ketika anak pertama mulai masuk sekolah dasar yaitu berusia 6 tahun dan berakhir ketika anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain mensosialisasikan anak terhadap lingkungan luar rumah,

mempertahankan hubungan yang memuaskan dan menyediakan kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5. Tahap V: Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Perkembangan keluarga tahap V berlangsung selama 6 hingga 7 tahun dimulai ketika anak pertama melewati usia 13 tahun. Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab anak, memfokuskan kembali hunungan perkawinan, memelihara komunikasi terbuka, dan mempertahankan etika serta moral keluarga.

6. Tahap VI: Keluarga yang melepaskan anak dewasa muda (*launching center families*)

Perkembangan keluarga tahap VI ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah membantu anak untuk hidup mandiri, menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orangtua lansia dan sakit sakitan dari suami maupun istri.

7. Tahap VII: Keluarga usia pertengahan (*midde age family*)

Perkembangan keluarga tahap VII dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah atau orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun. Tugas perkembangan tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang penuh arti dan memperkokoh hubungan perkawinan.

8. Tahap VIII: Keluarga lanjut usia

Perkembangan keluarga tahap VIII merupakan tahap akhir yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika keduanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi mengubah pengaturan hidup, menyesuaikan diri dengan masa pensiun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi dan melakukan life review masa lalu.

2.1.7 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Menurut Hidayat (2023) fungsi kesehatan keluarga dalam menjalankan fungsi kesehatan dan keseimbangan antara anggota keluarga tidak terlepas dari lima tugas kesehatan keluarga yaitu :

a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan

Tugas ini merupakan suatu bentuk perhatian dan tanggung jawab penting bagi keluarga apabila terjadi perubahan pada anggota keluarga, perlu segera di catat sejak kapan dan apa yang terjadi.

b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan

Tugas ini merupakan salah satu upaya keluarga yang paling utama untuk mencari pertolongan sesuai dengan keadaan keluarga dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi dan diatasi.

- c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan selanjutnya agar masalah yang sedang terjadi tidak semakin parah.

- d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Tugas ini sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

- e. Keluarga mampu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia

Tugas ini sebagai upaya pemanfaatan sarana kesehatan yang tersedia di sekitar guna mempertahankan kesehatan keluarga.

2.1.8 Tingkat Kemandirian Keluarga

Kemandirian keluarga dibagi dalam 4 tingkatan yaitu: Keluarga Mandiri tingkat I (paling rendah) sampai Keluarga Mandiri tingkat IV (paling tinggi), (Adolph, 2016).

- a. Keluarga Mandiri Pertama (KM-I) Kriteria:

1. Menerima petugas.
2. Menerima pelayanan sesuai dengan rencana keperawatan.

- b. Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II)

1. Menerima petugas.
2. Menerima pelayanan sesuai dengan rencana keperawatan.
3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran.

5. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran.
- c. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III)
 1. Menerima petugas.
 2. Menerima pelayanan sesuai dengan rencana keperawatan.
 3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
 4. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran.
 5. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran.
 6. Melakukan tindakan pencegahan secara asertif.
- d. Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV)
 1. Menerima petugas.
 2. Menerima pelayanan sesuai dengan rencana keperawatan.
 3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
 4. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran.
 5. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran.
 6. Melakukan tindakan pencegahan secara asertif.
 7. Melakukan tindakan peningkatan atau promotif secara aktif.

2.1.9 Peran Perawat Keluarga

Ada tujuh peran perawat keluarga menurut sudiharto dalam fajri (2021) adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai Pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan.

b. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan kesehatan

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan.

c. Sebagai pelaksana pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga yang sakit dapat menjadi “entry point” bagi perawatan untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.

d. Sebagai supervisi pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur terhadap keluarga berisiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

e. Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi system pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh

keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

f. Sebagai fasilitator

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

g. Sebagai peneliti

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

2.1.10 Prinsip Dasar Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dasar keluarga (Amallia, 2021) sebagai berikut :

- a. Preventif dilakukan dengan berolahraga teratur, tidak merokok, makan buah dan sayur.
- b. Dilakukannya Promosi Kesehatan yang diharapkan agar masyarakat mempunyai wawasan yang lebih luas agar masyarakat dapat menerapkan hidup yang sehat.
- c. Kuratif dilakukan untuk menangani kegawatdaruratan dan memberikan pengobatan farmakologi dalam mengendalikan penyakit.

- d. Melakukan rehabilitasi berfungsi untuk penyembuhan penderita hipertensi kronik dengan tim kesehatan.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah didalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, yang tensi artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar dan Djafar, 2021).

Hipertensi merupakan kelainan sistem sirkulasi darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas normal 140/90 mmHg (Zakiatul dkk 2020). Hipertensi biasa disebut tekanan darah tinggi yaitu peningkatan tekanan darah sistolik di atas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (Telaumbanua & Rahayu, 2021)

Seseorang dinyatakan hipertensi apabila seseorang memiliki tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan > 90 untuk tekanan darah diastolik ketika dilakukan pengulangan (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015) Jadi dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang).

2.2.2 Etiologi Penyakit

Hipertensi dibagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu:

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer atau hipertensi esensial, jenis hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui penyebab yang tidak jelas atau diketahui ini sering dikaitkan dengan bagian dari gaya hidup yang tidak sehat. Jenis hipertensi yang paling umum adalah hipertensi primer, yang paling banyak terjadi, sekitar 90% kasus (Yanita, 2017)

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder atau non essensial ini adalah jenis hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, seperti penyakit ginjal, kelainan hormonal, atau penggunaan obat tertentu (Yanita, 2017)

2.2.3 Patofisiologi Hipertensi

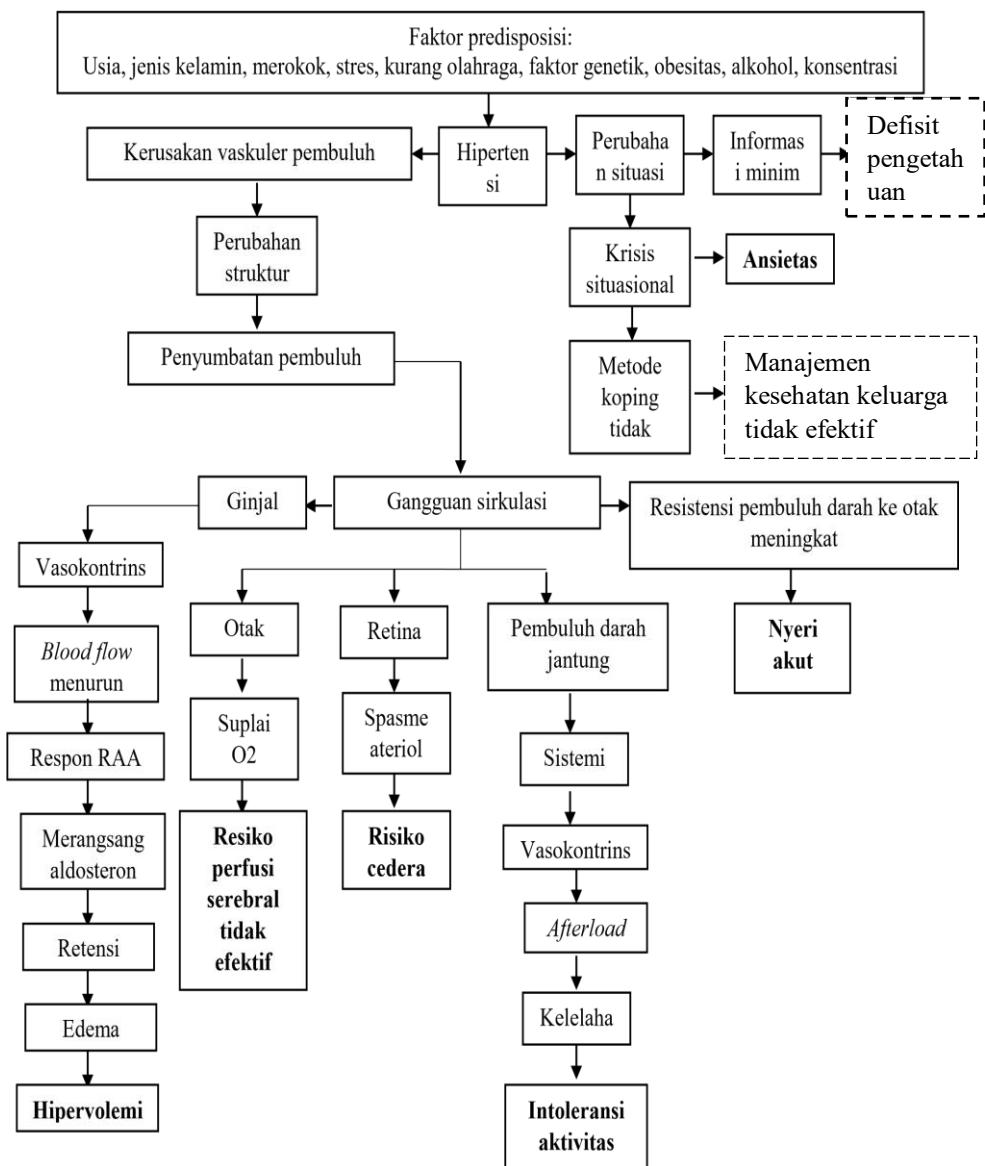
Enzim pengubah angiotensin I (ACE) mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, yang merupakan mekanisme yang mendasari hipertensi. Fungsi fisiologis penting dari ACE adalah pengaturan tekanan darah. Hati menghasilkan angiotensinogen, yang kemudian diubah oleh hormon menjadi angiotensin I dari renin, yang diproduksi ginjal. ACE mengubah angiotensin I menjadi II. Angiotensin II memiliki dua mekanisme kerja utama yang berkontribusi terhadap hipertensi (Prayitnaningsih et al., 2021)

Aksi pertama, sekresi hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus meningkat. ADH dibuat di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada

ginjal untuk mengontrol osmolaritas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat antidiuresis, proses dimana sedikit urin dieksresikan ke luar tubuh, menyebabkan urin menjadi pekat dan memiliki osmolaritas tinggi. Menarik cairan dari bagian intraseluler meningkatkan volume cairan ekstraseluler untuk mengencerkannya. Akibatnya volume darah meningkat, yang pada gilirannya menyebabkan tekanan darah meningkat. Menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal adalah tindakan kedua. Aldosteron, sebuah hormon steroid yang memiliki peran penting pada ginjal, mengurangi eksresi natrium klorida, atau garam dari ginjal melalui absorpsinya dari tubulus ginjal (Sylvestris, 2014; Prayitnaningsih et al., 2021) .

2.2.4 Pathway

Gambar 2. 1 Pathway hipertensi



Gambar 2. 1 WOC Hipertensi (Sari, 2020)

2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi

1. Usia

Resiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia

2. Riwayat Keluarga

Jika ada anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi, maka seseorang mengalami hipertensi juga akan meningkat.

3. Obesitas atau kelebihan berat badan

Orang yang kelebihan berat badan atau obesitas cenderung memiliki tekanan darah yang lebih tinggi

4. Pola makan tidak sehat

Makanan dengan kandungan garam, lemak jenuh, dan gula yang tinggi dapat meningkatkan resiko hipertensi

5. Kurangnya aktivitas fisik

Orang yang kurang bergerak atau tidak aktif secara fisik memiliki resiko lebih tinggi terkena hipertensi.

6. Konsumsi alkohol berlebih

Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan resiko hipertensi

7. Kondisi medis lain

Beberapa kondisi medis lain seperti diabetes, penyakit ginjal, dan obstruksi saluran nafas dapat meningkatkan resiko hipertensi (Sinaga et al., 2022).

2.2.6 Faktor-Faktor Resiko Hipertensi

Faktor-faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah oleh penderita hipertensi yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah oleh penderita hipertensi tidak dapat dikontrol diantaranya (Harun, 2019):

a. Faktor resiko hipertensi tidak dapat dikontrol diantaranya :

a. Usia

Risiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia.

2. Riwayat keluarga

Risiko hipertensi lebih tinggi pada orang yang memiliki anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi.

3. Ras dan keturunan

Beberapa ras seperti afrika-amerika, hispanik dan asia memiliki risiko yang lebih tinggi.

4. Jenis kelamin

Pada usia muda, pria lebih mungkin mengalami hipertensi daripada wanita. Namun, setelah usia 65 tahun wanita memiliki resiko yang lebih tinggi.

Kondisi medis lainnya, beberapa kondisi medis seperti diabetes, penyakit ginjal, dan sleep apnea dapat meningkatkan resiko hipertensi. Faktor resiko yang dapat dikontrol, diantaranya :

1. Obesitas atau kelebihan berat badan

Menurunkan berat badan dapat membantu menurunkan tekanan darah.

b. Pola makan tidak sehat

Mengurangi konsumsi garam, lemak jenuh, dan gula dapat membantu menurunkan tekanan.

c. Kurangnya aktivitas fisik

Melakukan aktivitas fisik seacara teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah.

d. Konsumsi alkohol berlebih

Mengurangi atau menghindari konsumsi alkohol dapat membantu menurunkan tekanan darah,

e. Stress

Mengelola stress dengan cara seperti meditasi atau yoga membantu menurunkan tekanan darah.

2.2.7 Manifestasi Klinis

Menurut (Kartiningrum & Ningtyas, 2021) tanda dan gejala Hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala.

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat di hubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti Hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa.

2. Gejala yang lazim.

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai Hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Beberapa pasien yang menderita Hipertensi mengalami sakit kepala pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistakis, kesadaran menurun.

2.2.8 Klasifikasi

Berikut adalah klasifikasi hipertensi berdasarkan perhimpunan Hipertensi Indonesia (PERHI):

1. Hipertensi grade 1 : Tekanan darah sistolik bersekitar antara 140-159 mmHg dan /atau tekanan darah sistolik berkisar antara 90-99 mmHg
2. Hipertensi grade 2 : Tekanan darah sistolik berkisar antara 160-179 mmHg dan/atau tekanan darah sistolik berkisar antara 100-109 mmHg.
3. Hipertensi grade 3 : Tekanan darah sistolik lebih dari 180 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih dari 110 mmHg.

Tabel 2. 1
Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	Kurang dari 120	Kurang dari 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi grade 1	140-159	90-99
Hipertensi grade 2	160-179	100-109
Hipertensi garade 3	>180	>109

Sumber :Perhimpunan Hipertensi Indonesia (2019)

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien hipertensi adalah pemeriksaan tekanan darah. Sedangkan pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertensi antara lain (Pramana, 2020):

- a. Pemeriksaan penunjang laboratorium yaitu darah rutin, ureum, creatinine, glukosa darah, dan elektrolit.
- b. Elektrokardiografi (EKG) Digunakan untuk mendeteksi gangguan pada irama jantung, pembesaran jantung (hipertrofi ventrikel kiri), atau tanda-tanda serangan jantung yang mungkin disebabkan oleh tekanan darah tinggi yang kronis.
- c. Rongten dada Untuk melihat bentuk dan ukuran jantung serta kondisi paru-paru. Pembesaran jantung bisa menjadi tanda hipertrofi akibat hipertensi.
- d. Ultrasonografi (USG) Biasanya digunakan untuk melihat organ dalam seperti ginjal dan hati. Pada pasien hipertensi, USG bisa digunakan untuk menilai kerusakan ginjal atau penyebab sekunder hipertensi seperti kelainan vaskular ginjal.
- e. Ekokardiografi Pemeriksaan dengan USG khusus pada jantung. Ini memberikan gambaran lebih detail dibanding EKG dan dapat menilai fungsi pompa jantung serta ketebalan dinding jantung yang bisa berubah karena hipertensi kronis.

f. CT scan kepala Dilakukan jika ada gejala yang mencurigakan adanya komplikasi pada otak seperti stroke, perdarahan otak, atau gangguan fungsi neurologis akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol.

2.2.10 Komplikasi

Corwin dalam Manuntung (2018) menyebutkan ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita hipertensi yaitu:

a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajang tekanan tinggi. Infark miokard.

b. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang aterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Rusaknya glomerulus mengakibatkan darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian.

d. Gagal jantung

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki, dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan di dalam paru-paru menyebabkan sesak nafas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak.

2.2.11 Penatalaksanaan

Program Cerdik merupakan salah satu upaya yang dilakukan pada masyarakat dalam mendeteksi dini dan memonitor faktor resiko terjadinya hipertensi. Program CERDIK pada hipertensi bertujuan untuk mengurangi resiko dan dampak hipertensi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan dengan meningkatkan pemahaman, pengelolaan dan pencegahan kondisi hipertensi. Isi dari program CERDIK adalah perilaku Cek kesehatan berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik melakukan olahraga, Diet sehat dan seimbang, Istirahat cukup dan Kelola stress (Lautan et al., 2023).

Penanganan Hipertensi terdapat dua jenis yaitu non farmakologis dan farmakologis. Terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan agen obat dalam proses terapinya. Sedangkan terapi farmakologis menggunakan obat atau senyawa yang dalam kerjanya dapat mempengaruhi tekanan darah pasien (Triyanto and Upoyo 2024).

a. Terapi Non Farmakologis

Terapi non farmakologis yang dapat dilakukan pada penderita

Hipertensi adalah:

- 1) Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
- 2) Mengubah pola makan yang baik.
- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram atau 6 gram perhari.
- 4) Membatasi konumsi alkohol.
- 5) Berhenti merokok.
- 6) Olahraga teratur.
- 7) Menghindari stress.
- 8) Melakukan kompres hangat untuk membantu menurunkan tekanan darah dan relaksasi otot

b. Terapi Farmakologis

Selain cara pengobatan non farmakologis, penatalaksanaan utama Hipertensi primer adalah dengan obat. Keputusan untuk mulai memberikan obat anti Hipertensi berdasarkan beberapa faktor seperti derajat peninggian tekanan darah, terdapatnya kerusakan organ target, dan terdapatnya manifestasi klinis penyakit kardiovaskuler atau faktor resiko lain. Obat-obat anti Hipertensi dapat dipakai sebagai obat

tunggal atau dicampur dengan orang lain. Obat-obatan ini diantaranya yaitu:

- 1) Katropil 12,5- 25 mg sehari dengan dosis tunggal.
- 2) Propanolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi pada penderita asma).
- 3) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg per hari dengan dosis tunggal.
- 4) Reserpin 0,1- 0,25 mg sehari dengan dosis tunggal.
- 5) Ifedipin mulai dari 5 mg sampai 10mg dua kali sehari.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri akut merupakan kondisi Dimana perasaan tidak menyenangkan itu bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri berbeda pada setiap orangnya dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dirasakan maupun yang dialami setiap individunya, baik berat maupun sedang. Diagnosis ini diberi kode D.0077, masuk dalam kategori psikologis, subkategori nyeri dan kenyamanan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang mendorong seseorang mencari pertolongan medis. Menurut *International Association For The Study Of Pain* (IASP), nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik yang sudah terjadi

maupun yang berpotensi terjadi. Nyeri dapat timbul bersamaan dengan penyakit, pemeriksaan diagnostik, atau pengobatan(Nurhanifah, 2023).

Nyeri kepala adalah rasa sakit yang muncul di area belakang kepala hingga leher. Nyeri ini timbul ketika ada rangsangan seperti bahan kimia, tekanan, listrik, atau panas. Pada penderita hipertensi, tekanan pada otot arteri leher menyebabkan nyeri karena peningkatan produksi asam laktat akibat metabolisme yang tidak normal (Rahmanti et al., 2022).

Nyeri juga dapat didefinisikan menjadi 2 macam yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan, lamanya terbatas, akan hilang sering dengan proses penyembuhannya. Sedangkan nyeri kronik berlangsung dalam waktu lam 13 atau lebih dari 3 bulan, dapat menetap walaupun penyebab awalnya sudah sembuh dan sering kali tidak ditemukan penyebab aslinya (Suwondo et al., 2017).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut Rohimah (2015)sebagai berikut :

a. Nyeri berdasarkan tempatnya

1) *Peripheral pain*

Adalah nyeri yang dirasakan pada mukosa dan kulit.

2) *Deep pain*

Adalah nyeri yang dirasakan pada organ tubuh dengan permukaan yang lebih dalam.

3) *Referred pain*

Adalah nyeri yang diakibatkan oleh penyakit struktural tubuh yang akan menyebar ke berbagai bagian dalam tubuh, bukan ke bagian dimana nyeri itu terjadi.

4) *Central pain*

Central pain adalah nyeri yang disebabkan oleh rangsangan yang terjadi di *spinal chord* (tulang belakang atau tulang sumsum belakang), sistem saraf pusat, thalamus, batang otak dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifat

- 1) *Incidental pain*, merupakan nyeri yang muncul dan menghilang kapan saja.
- 2) *Steady pain*, merupakan nyeri yang berlangsung lama dan terus-menerus.
- 3) *Puroxymal pain*, merupakan nyeri dengan intensitas yang tinggi dan sangat kuat dan dirasakan 10-15 menit, kemudian menghilang dan muncul kembali.

- c. Berdasarkan ringan dan berat
 - 1) Nyeri ringan, adalah nyeri dengan ukuran yang rendah.
 - 2) Nyeri sedang, adalah nyeri yang mengeluarkan reaksi.
 - 3) Nyeri berat, adalah nyeri dengan ukuran yang tinggi.
- d. Berdasarkan waktu
 - 1) Nyeri akut

Merupakan pengalaman emosional atau yang berhubungan dengan rusaknya jaringan fungsional atau aktual, melalui onset yang lambat atau tiba-tiba dan berukuran ringan sampai berat dan terjadi kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017).
 - 2) Nyeri kronis

Merupakan pengalaman emosional atau sensorik yang berhubungan dengan rusaknya jaringan fungsional atau aktual, melalui serangan lambat atau tiba-tiba dan berukuran ringan hingga berat yang konstan dan terjadi lebih dari 3 bulan (SDKI, 2017).

2.3.3 Fisiologi nyeri

Rasa nyeri dideteksi oleh reseptor saraf yang disebut nosiseptor. Ujung saraf ini tersebar di hampir seluruh tubuh, kecuali otak, dan banyak ditemukan di kulit dan otot. Nyeri muncul saat jaringan yang memiliki nosiseptor mengalami kerusakan. Tingkat keparahan dan lamanya

rangsangan menentukan seberapa kuat rasa nyeri yang dirasakan. Rangsangan yang kuat dan lama akan menimbulkan nyeri yang lebih hebat daripada rangsangan yang singkat dan ringan.

Pada penderita hipertensi, gejala awal yang sering muncul adalah nyeri kepala, khususnya di area tengkuk dan leher. Nyeri kepala ini disebabkan oleh rangsangan, terutama tekanan pada arteri leher yang mengakibatkan peningkatan produksi asam laktat. Rangsangan ini kemudian diubah menjadi impuls nyeri oleh ujung saraf, yang dikirim ke reseptor nyeri di otak. Otak kemudian memproses impuls ini, menentukan lokasi dan seberapa parah nyeri yang dirasakan (Rahmanti,2022).

2.3.4 Alat Ukur Nyeri

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri : keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST:

- a. P (pemacu) : Nyeri akibat peningkatan aliran darah dari jantung yang menumpuk di otak
- b. Q (quality) : Nyeri digambarkan seperti tajam,dangkal, rasa terbakar, dan perih.
- c. R (region) : Nyeri di kepala
- d. S (skala) : Skala nyeri 1-10
- e. T (time) : ± 10-15 menit, nyeri bertambah hebat jika pasien beraktivitas berat.

Pengukuran nyeri dapat menggunakan skala numerik, yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata (Prasetyo, 2010).

Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10:

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

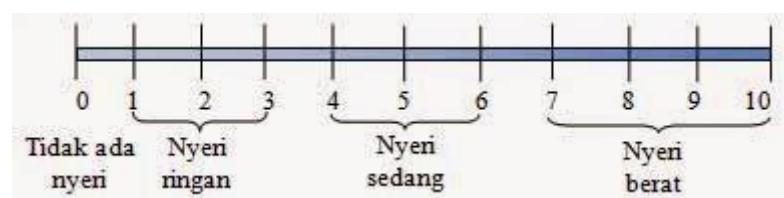
1-3 : Nyeri ringan secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang secara obyektif pasien mendesis, menyerengai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : Nyeri berat secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas Panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Gambar 2.2
Numeric Rating Scale



2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan sesuatu yang rumit dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Menurut Smeltzer & Bare (2015) variabel berikut yang mempengaruhi respon nyeri:

1. Usia

Usia merupakan faktor yang signifikan dalam rasa sakit, terutama pada anak-anak dan orang tua. Rasa sakit sulit bagi anak kecil untuk dipahami, juga untuk diungkapkan dan disampaikan.

2. Budaya

Sikap dan nilai budaya memengaruhi pengalaman nyeri seseorang dan bagaimana mereka menyesuaikan diri dengan hal tersebut. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

3. Ansietas

Kecemasan biasanya meningkatkan rasa sakit seseorang. Untuk mengelola emosi, stimulan nyeri melibatkan area limbik. Sistem limbik dapat menangani respons emosional terhadap rasa sakit, seperti peningkatan rasa sakit atau penghilang rasa sakit.

4. Pengalaman Sebelumnya

Setiap orang belajar nyeri dari masalahnya. Jika individu sering mengalami nyeri yang sama dan nyeri tersebut dihilangkan secara efektif, individu tersebut akan dapat memahami rasa nyeri dengan lebih

mudah. Akibatnya, klien lebih siap menghadapi ketidaknyamanan. Jika klien belum pernah mengalami nyeri, rasa nyeri yang pertama kali dapat mengganggu manajemen nyeri.

5. Efek Plasebo

Efek plasebo Ketika seseorang percaya bahwa terapi atau tindakan akan memiliki efek, mereka mengalami efek plasebo. Ini bermanfaat untuk menerima perawatan atau mengambil tindakan sendiri.

2.3.6 Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu secara farmakologi dan non farmakologi (Nurhanifah, 2022):

- a. Penatalaksanaan farmakologi Penatalaksanaan nyeri dengan cara farmakologi merupakan manajeman nyeri yang melibatkan penggunaan opiate (narkotik), nonopiat atau obat AINS (Anti Inflamasi Nonsteroid), dan obat-obatan koanalgesik
- b. Penatalaksanaan non farmakologi

1. Terapi panas dan dingin

Terapi panas bertujuan untuk meningkatkan aliran darah, relaksasi otot dan mengurangi kekakuan. Panas membantu mengendurkan otot-otot yang tegang, terutama di area leher, bahu dan tengkorak. Terapi dingin bertujuan untuk mengurangi peradangan, memperlambat transmisi nyeri, dan menyebabkan mati rasa lokal. Suhu dingin menyebabkan pembuluh darah

menyempit (vasokonstriksi), yang membantu mengurangi aliran darah ke area tertentu. Ini efektif pada migrain karena dapat meredakan pelebaran pembuluh darah yang menjadi salah satu penyebab migrain.

2. Terapi kompres hangat

Suhu hangat dari kompres menyebabkan pembuluh darah di sekitar area yang terkena (seperti leher, bahu, atau kepala) melebar. Vasodilatasi ini meningkatkan aliran darah ke jaringan setempat. Suhu hangat dapat merangsang tubuh untuk melepaskan endorfin, yaitu hormon alami yang bertindak sebagai pereda nyeri.

3. *Cupping therapy*

Cupping therapy (terapi bekam) dipercaya mampu mengatasi nyeri kepala melalui kombinasi efek fisiologis dan mekanisme pengobatan tradisional. Tekanan negatif yang dihasilkan oleh cangkir bekam meningkatkan aliran darah ke area yang diterapi, seperti kepala, leher, dan bahu. Peningkatan sirkulasi ini membantu membawa lebih banyak oksigen dan nutrisi ke jaringan otot dan saraf, sekaligus menghilangkan produk metabolismik seperti asam laktat yang dapat memicu nyeri kepala.

2.4 Terapi Kompres Hangat

2.4.1 Definisi

Kompres hangat merupakan salah satu penatalaksanaan nyeri dengan memberikan energi panas melalui konduksi, dimana panas tersebut dapat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), meningkatkan

relaksasi otot sehingga meningkatkan sirkulasi dan menambah pemasukan oksigen serta nutrisi ke jaringan (Sari, 2021).

Kompres hangat adalah suatu metode dalam penggunaan suhu hangat setempat atau 45-50°C yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologi, efek terapeutik pemberian kompres hangat di antaranya mengurangi nyeri (Valerian et al., 2021)

Kompres hangat efektif digunakan pada pasien hipertensi yang mengalami nyeri dibagian tengkuk dengan skala sedang (4-6). Kompres hangat dilakukan dileher karena pada leher terdapat arteri-arteri besar yang memperdarahi otak. Pemberian kompres hangat mempengaruhi proses persepsi otak, ketika leher dikompres hangat maka reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus terangsang untuk mengaktifkan sistem efektor, yaitu dengan berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah sekitar leher akan memperlancar sirkulasi oksigen, mencegah spasme otot, dan menurunkan nyeri kepala (Rahmanti,2022).

2.4.2 Tujuan

Beberapa tujuan yang dari dilakukan kompres hangat yaitu: memperlancar Sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang pada klien, memperlancar pengeluaran eksudat, merangsang peristaltik usus, dan merelaksasi otot yang tegang dan meningkatkan kontraktilitas (Asmadi dalam Siti Rohimah,2015). Kompres hangat memiliki tujuan untuk membuat otot tubuh menjadi rileks

lagi, menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri, memberikan ketenangan dan kenyamanan, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, merangsang peristaltik, menurunkan kekakuan tulang sendi dan memperlancar pengeluaran cairan.

2.4.3 Manfaat

Kompres hangat dilakukan di leher karena pada leher terdapat arteri-arteri besar yang memperdarahi otak. Pemberian kompres hangat mempengaruhi proses persepsi otak, ketika leher dikompres hangat maka reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus terangsang untuk mengaktifkan sistem efektor, yaitu dengan berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah sekitar leher akan memperlancar sirkulasi oksigen, mencegah spasme otot, dan menurunkan nyeri kepala (Rahmanti et al., 2022).

2.4.4 Indikasi dan kontraindikasi Kompres Hangat

Indikasi Kompres Hangat

1. Meredakan nyeri otot dan ketegangan

Kompres hangat meningkatkan vasodilatasi lokal, mengurangi ketegangan otot, dan membantu relaksasi.

2. Meningkatkan rasa nyaman dan relaksasi

Efek hanngat membantu sistem saraf parasimpatis yang dapat menurunkan stres

3. Alternatif non-farmakologis yang aman

Kompres hangat dapat digunakan sebagai pelengkap manajemen nyeri tanpa efek samping obat analgesik. (Salvataris, A., et al. 2022).

Kontraindikasi kompres hangat

1. Suhu terlalu panas dapat memicu refleks simpatis Panas ekstrem dapat meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah melalui peningkatan aktivitas simpatis.
2. Efek sistemik bisa membahayakan pasien hipertensi tidak terkontrol Peningkatan aliran darah dan kerja jantung bisa berisiko jika pasien memiliki hipertensi berat.
3. Menutupi gejala penting hipertensi Nyeri kepala, dada, dan leher bisa merupakan tanda komplikasi hipertensi. Kompres hangat bisa menyamarkan gejala tersebut.
4. Tidak mengatasi penyebab utama nyeri Kompres hanya bersifat simptomatik, bukan kuratif (Shalma Islami Putri, 2023).

2.4.5 Waktu dan durasi

Untuk waktu dan durasi kompres hangat ini 2 sampai 3 kali dalam sehari dan untuk durasinya 10-15 menit per sesi, dan suhu airnya 37-40°C (suhu suatu kuku). (Rahayu, 2022).

2.4.6 Mekanisme kerja kompres hangat

Kompres hangat bekerja dengan mengalirkan panas ke jaringan tubuh pada area yang mengalami nyeri atau ketegangan. Panas ini memicu beberapa

respon fisiologis yang secara bersama-sama membantu mengurangi nyeri, di antaranya:

1. Vasodilatasi Lokal (Pelebaran Pembuluh Darah) Suhu hangat menyebabkan pembuluh darah di area yang dikompres melebar (vasodilatasi). Pelebaran pembuluh darah ini meningkatkan aliran darah ke jaringan yang terkena, sehingga suplai oksigen dan nutrisi meningkat. Peningkatan aliran darah juga membantu menghilangkan zat-zat kimia penyebab nyeri dan peradangan lebih cepat dari jaringan tersebut. Akibatnya, nyeri dan kekakuan otot dapat berkurang, serta proses penyembuhan jaringan menjadi lebih cepat.
2. Relaksasi Otot dan Jaringan Lunak Panas dari kompres membantu mengendurkan otot-otot yang tegang atau mengalami spasme. Ketika otot menjadi rileks, ketegangan dan tekanan pada saraf berkurang, sehingga rasa nyeri berkurang pula. Relaksasi ini juga meningkatkan fleksibilitas jaringan lunak di sekitar area yang sakit, mengurangi kekakuan dan memperbaiki mobilitas.
3. Stimulasi Saraf Sensorik Lokal dan Teori “*Pain Gate Control*” Sensasi hangat dari kompres mengaktifkan saraf sensorik di kulit dan jaringan bawahnya. Aktivasi saraf ini dapat “mengalihkan” sinyal nyeri ke otak melalui mekanisme yang dikenal sebagai teori pain gate control. Menurut teori ini, sensasi hangat membuka “pintu” sensorik yang menghambat atau menutup “pintu” bagi sinyal nyeri, sehingga persepsi rasa sakit berkurang.

Dengan kata lain, rasa hangat bisa menekan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Secara keseluruhan, kompres hangat tidak hanya menghilangkan rasa nyeri secara sementara, tetapi juga membantu mempercepat pemulihan jaringan yang bermasalah dan meningkatkan kenyamanan pasien. Oleh karena itu, terapi kompres hangat sering digunakan sebagai metode non-farmakologis yang aman dan efektif untuk mengurangi nyeri akut maupun kronis (Khoiru Nurjannah, A., 2023).

2.4.5 Prosedur Tindakan Kompres Hangat

Tabel 2. 2
SOP Kompres hangat

Topik :	Standar Oprasional Prosedur Kompres hangat pada penderita Hipertensi
Pengertian	Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Menurunkan suhu tubuh 3. Mengurangi rasa sakit 4. Memberi rasa hangat, nyaman, dan rasa tenang pada klien.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien hipertermi (suhu tubuh yang tinggi) 2. Klien dengan perut kembung 3. Spasme otot bagian leher pada klien hipertensi
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Air panas 2. Washlap/buli-buli panas 3. Pengalas/perlak 4. Handuk kering 5. Kom 6. Sarung tangan

Persiapan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji keadaan umum klien dan tanda-tanda vital serta tingkat nyeri pada klien. 2. Menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan kontrak waktu.
Prosedur	<p>a. Tahap Prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan vertifikasi data 2. Perawat menyiapkan alat dan bahan <p>b. Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik 2. Identifikasi kembali klien dan periksa tanda-tanda vital serta tingkat nyeri pada klien. 3. Memberitahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai <p>c. Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat-alat sesuai kebutuhan 2. Menyiapkan air hangat ke dalam kom dengan suhu 43-46° C 3. Membasahi washlap dengan air hangat 4. Mendekatkan alat-alat kesisi klien 5. Posisikan klien senyaman mungkin 6. Mencuci tangan 7. Memakai sarung tangan 8. Meletakan perlak/pengalas 9. Membasahi washlap dengan air hangat dan letakkan di leher klien 10. Kompres hangat diletakkan dibagian leher 11. Meminta klien untuk mengungkapkan rasa ketidaknyamanan saat dikompres 12. Lakukan selama 10 menit 13. Mengkaji kembali kondisi kulit disekitar pengompresan, hentikan pengompresan jika ditemukan tanda-tanda kemerahan. 14. Merapikan klien keposisi semula 15. Memberitahu bahwa tindakan sudah selesai <p>d. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah selesai, perawat membereskan alat-alat yang telah digunakan dan melepaskan sarung tangan 2. Mencuci tangan 3. Mengkaji kembali tanda-tanda vital serta tingkat nyeri pada klien 4. Mendokumentasikan pada catatan keperawatan

Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon klien 2. Kompres terpasang dengan benar. 3. Skala nyeri klien menurun.
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelaksanaan. 2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi. 3. Menuliskan paraf dan nama perawat yang melakukan tindakan.

Sumber, Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husda Volume 13 Nomor 1 Februari 2015

2.5 Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Dengan Hipertensi

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut.

2.5.1 Pengkajian

1. Pengumpulan Data

Menurut Friedman (2010) dalam Astuti & Krishna (2019) pengkajian adalah merupakan tahapan terpenting dalam proses perawatan dimana seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus tentang keluarga yang dibinanya. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat

menggunakan metode wawancara keluarga, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang.

Pengkajian dalam kasus keluarga yaitu :

a. Data Umum

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat keluarga
- 3) Komposisi keluarga

Tabel 2. 3
Format Daftar Anggota Keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Umur	Hubungan Dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan
4)	Genogram					
5)	Tipe Keluarga					
6)	Budaya					
	a) Suku bangsa atau latar belakang budaya keluarga.					
	b) Bahasa yang digunakan didalam keluarga (rumah).					
7)	Agama					
8)	Status sosial ekonomi, pada suatu keluarga dipengaruhi oleh pendapatan dari anggota keluarga ataupun kepala keluarga. Kemudian, kebutuhan keluarga dan barang yang dimiliki oleh keluarga dapat menentukan status social ekonomi. Status ini dapat dilihat dari :					
	a) Pendapatan keluarga dalam satu bulan					
	b) Pengelola keuangan keluarga					

- c) Pandangan keluarga terhadap pendidikan anggota keluarga
- d) Adakah nilai/keyakinan/agama yang bertentangan dengan kesehatan.

9) Aktivitas rekreasi keluarga

- a) Kebiasaan rekreasi dalam keluarga tidak hanya terlihat saat keluarga pergi ke tempat hiburan bersama, tetapi juga melalui nonton TV dan mendengarkan radio.
- b) Penggunaan waktu luang dalam keluarga

b. Riwayat Perkembangan

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Dengan adanya penyakit maka akan mempengaruhi tahap perkembangan keluarga.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Berisikan penjelasan mengenai belum terpenuhinya tugas perkembangan oleh keluarga dan alasan mengapa perkembangan tersebut dapat terhambat sehingga belum dapat terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Berisikan penjelasan tentang Riwayat Kesehatan pada keluarga inti, berupa riwayat kesehatan anggota keluarga, genetic, kesadaran akan pencegahan penyakit, fasilitas pelayanan kesehatan yang bisa dimanfaatkan oleh keluarga serta pengalaman dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan riwayat kesehatan keluarga suami dan istri.

c. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

- a) Jenis bangunan
- b) Jenis rumah
- c) Luas pekarangan rumah
- d) Luas pbangunan
- e) Status kepemilikan rumah
- f) Kondisi ventilasi rumah
- g) Kondisi penerangan rumah
- h) Kondisi pencahayaan rumah
- i) Kondisi lantai
- j) Kebersihan rumah secara keseluruhan
- k) Pembagian ruangan di rumah
- l) Pengelolaan sampah keluarga
- m) Kondisi jamban keluarga
- n) Pembuangan limbah

2) Krakteristik tetangga dan komunitas RW

Mendeskripsikan karakteristik komunitas dan tetangga setempat berkaitan dengan lingkungan fisik, kebiasaan, aturan, budaya dan kesepakatan masyarakat setempat yang dapat berpengaruh pada Kesehatan.

3) Mobilisasi geografi keluarga

Berisikan penjelasan tentang apakah keluarga tersebut sering berpindah tempat tinggal atau tinggal di daerah tersebut.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Berisikan penjelasan mengenai waktu yang dimanfaatkan oleh keluarga untuk berkumpul dan sejauh mana tingkat interaksinya dengan masyarakat.

5) Sistem pendukung keluarga

a) Formal, jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang menunjang kesehatan meliputi fasilitas fisik dan psikologis yang dimiliki keluarga.

b) Informal, fasilitas atau dukungan masyarakat setempat, lembaga pemerintahan maupun swasta atau LSM.

d. Struktur keluarga

1) Struktur komunikasi keluarga

Berisikan penjelasan tentang cara berinteraksi sesama anggota keluarga berikut informasi yang disampaikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Merupakan kemampuan dari anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengontrol orang lain dalam merubah perilaku.

3) Struktur peran

Berisikan penjelasan tentang peran formal dan juga informal setiap anggota keluarga.

4) Struktur nilai dan norma budaya

Berisikan penjelasan tentang norma dan nilai yang diatur dalam sebuah keluarga perihal kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Hal yang harus dipelajari ialah nama baik dari anggota keluarga, rasa saling memiliki, dan dukungan kepada sesama anggota keluarga serta bagaimana cara saling menumbuhkan pengertian. Tingginya angka dukungan kepada anggota keluarga yang tengah sakit akan mempercepat kesembuhan atas penyakit tersebut. Fungsi inilah yang menjadi landasan utama pembentukan dan keberlangsungan unit keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Pengkajian fungsi sosialisasi, meliputi :

- a) Praktik dalam membesarkan anak, meliputi : kontrol perilaku, sesuai dengan usia, memberi dan menerima cinta serta otonomi dan ketergantungan dalam keluarga.
- b) Penerimaan tanggung jawab dalam membesarkan anak.
- c) Bagaimana anak dihargai dalam keluarga.
- d) Keyakinan budaya yang mempengaruhi cara anak-anak dibesarkan.
- e) Faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh.

- f) Identifikasi apakah keluarga beresiko tinggi mendapat masalah dalam membesarkan anak.
 - g) Sejauh mana lingkungan rumah cocok dengan tumbuh kembang anak.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan
- a) Kemampuan keluarga memahami permasalahan kesehatan
- Untuk mengetahui pengetahuan keluarga mengenai fakta masalah kesehatan yang mencakup pengertian, aspek pemicu, tanda dan gejala serta faktor yang mempengaruhi masalah keluarga. Kemampuan keluarga untuk memahami masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sejalan dengan tindakan keperawatan, karena hipertensi membutuhkan perawatan khusus yaitu pengaturan makanan serta gaya hidup. Jadi disini keluarga perlu tau bagaimana cara mengatur makanan yang benar serta gaya hidup yang baik untuk pengidap hipertensi.
- b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat, hal yang perlu dikaji, meliputi :
- (1) Apakah permasalahan mengenai kesehatan dirasakan oleh keluarga?
- (2) Apakah kepala keluarga merasa putus asa terhadap permasalahan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga?

- (3) Apakah kepala keluarga merasa khawatir akan akibat dari pengobatan yang dilakukan terhadap salah satu anggota keluarganya?
- (4) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap permasalahan kesehatan.
- (5) Apakah keluarga mempunyai keahlian untuk menjangkau fasilitas kesehatan?
- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- (1) Apakah keluarga aktif dalam ikut merawat pasien?
 - (2) Bagaimana keluarga mencari pertolongan serta memahami tentang perawatan yang dibutuhkan pasien?
 - (3) Bagaimana perilaku keluarga terhadap pasien? (aktif mencari informasi tentang perawatan terhadap pasien)
- d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- (1) Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dipunya di sekitar area rumah.
 - (2) Pengetahuan tentang berartinya sanitasi lingkungan dan manfaatnya.
 - (3) Kebersamaan dalam meningkatkan serta memelihara area rumah yang mendukung kesehatan.
- e) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat

- (1) Pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang bisa dijangkau keluarga.
 - (2) Keuntungan dari terdapatnya fasilitas kesehatan.
 - (3) Keyakinan keluarga terhadap fasilitas kesehatan yang ada.
 - (4) Apakah fasilitas kesehatan bisa dijangkau oleh keluarga.
- 4) Fungsi reproduksi
- Mengkaji berupa jumlah anak, merencanakan jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga.
- 5) Fungsi ekonomi
- Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan bagaimana keluarga menggunakan sumber yang ada dimasyarakat untuk meningkatkan status kesehatan keluarga.
- f. Stress dan coping keluarga
- 1) Stressor yang dialami keluarga (jangka pendek serta jangka panjang)
- Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dirasakan keluarga membutuhkan penyelesaian dalam waktu 6 bulan. Sedangkan, stressor jangka panjang yaitu stressor yang dirasakan keluarga membutuhkan penyelesaian lebih dari 6 bulan.
- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap suasana ataupun stressor
- Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap suasana stressor.

3) Strategi coping yang dipakai

Strategi coping yang dipakai keluarga apabila menghadapi permasalahan.

4) Strategi menyesuaikan diri disfungsional

mengidentifikasi wujud yang digunakan keluarga secara ekstensif: kekerasan, perlakuan buruk terhadap anak, ancaman, mengabaikan anak, mitos keluarga yang merusak.

g. Pemenuhan kebutuhan dasar manusia

- 1) aplikasi diet keluarga (nutrisi serta cairan)
- 2) Pola tidur
- 3) Olahraga ataupun mobilisasi
- 4) Pola eliminasi
- 5) Personal hygiene

h. Pengkajian psikiatrik

- 1) Konsep diri
 - a) Gambaran diri
 - b) Peran diri
 - c) Ideal diri
 - d) Identitas diri
 - e) Harga diri
- 2) Status kesehatan mental
- 3) Pengkajian resiko

i. Harapan keluarga

Perlu dikaji bagaimana harapan keluarga terhadap petugas kesehatan untuk membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan yang terjadi.

j. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga, metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik *head to toe*.

Data dasar pengkajian penderita hipertensi menurut (Aspiani, 2015), meliputi :

1) Aktivitas atau istirahat

- a) Gejala : keletihan, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- b) Tanda : peningkatan frekuensi jantung, irama jantung berubah, takipnea.

2) Sirkulasi

- a) Gejala : mempunyai riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular.
- b) Tanda : peningkatan tekanan darah, takikardi, perubahan warna kulit, temperatur dingin.

3) Integritas ego

- a) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansiestas, tekanan mental, faktor stress.
- b) Tanda : letupan suara hati, risau, tangisan yang meledak, penyempitan continue perhatian, otot muka tegang, pernafasan menghela, kenaikan pola bicara.

4) Eliminasi

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

5) Makanan atau cairan

- a) Gejala : makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kelesterol, mual, muntah dan perubahan berat badan, riwayat penggunaan diuretic.
- b) Tanda : berat badan normal atau kegemukan, terdapat edema, glikosuria.

6) Neurosensori

- a) Gejala : keluhan pening, berdenyut, sakit kepala, gangguan penglihatan.
- b) Tanda : status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola atau isi bicara, penurunan kekuatan genggaman tangan.

7) Nyeri

- a) Gejala : angina, nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala, nyeri abdomen.

8) Pernafasan

- a) Gejala : dispnea, berkaitan dengan aktifitas, takipnea, ortopnea, batuk dengan ataupun tanpa sputum, riwayat merokok.
- b) Tanda : distress pernafasan atau penggunaan obat aksesoris pernafasan, terdapat bunyi nafas tambahan, sianosis.

9) Keamanan

- a) Gejala : gangguan koordinasi, cara berjalan.
- b) Tanda : episode parestesia unilateral transien, hipotensi postural.

10) Pembelajaran atau penyuluhan

- a) Gajala : faktor resiko keluarga : hipertensi, aterosklorosis, penyakit jantung, diabetes militus, penyakit ginjal, faktor resiko etnik.

2.5.2 Analisa data

Tabel 2. 4
Analisa data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	Ds: - Do:- Kesadaran: comatosus - Ekspresi wajah klien tampak meringis - Keluarga tidak segera melapor atau memberi obat sembarangan	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah	Nyeri akut
2.	Ds : - Do : - keluarga tidak memahami pentingnya pengobatan atau perawatan - Keluarga tidak mampu menjelaskan kondisi pasien - Skala nyeri 5	Ketidakmampuan keluarga mengenali masalah pasien	Defisit pengetahuan

3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Keluarga tidak tahu jadwal kontrol atau pengobatan pasien – Aktivitas keluarga dalam mengenal masalah belum tepat – Klien tampak bingung Ketika ditanya tentang penyakitnya 	<p>Ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif</p>
----	---	---	---

2.5.3 Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Perumusan diagnose keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiology) dan atau tanda (sign). Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

- 1) Persepsi terhadap keparahan penyakit.
- 2) Pengertian
- 3) Tanda dan gejala
- 4) Faktor penyebab
- 5) Persepsi keluarga terhadap masalah

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

- 1) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- 2) Masalah dirasakan keluarga /keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.

- 3) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - 4) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan informasi yang salah.
- c. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.
- 1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit.
 - 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang di butuhkan
 - 3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga.
 - 4) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga menjaga lingkungan
- 1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - 2) Pentingnya higgiene sanitasi.
 - 3) Upaya pencegahan penyakit.
- e. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.
- 1) Keberadaan fasilitas kesehatan.
 - 2) Keuntungan yang didapat.
 - 3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
 - 4) Pengalaman keluarga yang kurang baik.
 - 5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumberdaya dan dumber dana yang dimiliki keluarga.

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons, klien terhadap masalah kesehatan. Berikut adalah

diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah hipertensi berdasarkan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI DPP PPNI, 2019):

1. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
2. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah.
3. Manajemen keluarga tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga sebagai berikut:

Tabel 2. 5
Skoring Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		
	<ul style="list-style-type: none"> • Aktual • Resiko • Potensial 	3 2 1	1
2	Kemungkinan Masalah dapat Diubah		
	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan mudah • Hanya sebagian • Tidak dapat 	2 1 0	2
3	Potensial Masalah untuk Dicegah		
	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Cukup • Rendah 	3 2 1	1

4	Menonjolnya Masalah		
	<ul style="list-style-type: none"> Masalah berat, harus segera ditangani Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani Masalah tidak dirasakan 	2	1
		1	1
		0	

Sumber: Baylon & Maglaya Setiawan, 2016

Keterangan:

Total Skor didapatkan dengan:

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Nilai Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- a. Cara melakukan penilaian:
1. Tentukan skor untuk tiap kriteria
 2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
 3. Jumlah skor untuk semua kriteria
 4. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa.

2.5.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku untuk aktifitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk

mengimplemasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan keluarga dengan hipertensi menggunakan Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah:

Tabel 2. 6
Intervensi Keperawatan Keluarga

No	Masalah Kesehatan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipertensi	Nyeri Akut (D.0077) b.d dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan melakukan kunjungan rumah selama 60 menit sebanyak 3 kali kunjungan dalam seminggu, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. gelisah menurun 4. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	Edukasi Manajeme Nyeri (I.1239) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan berikan kesempatan bertanya Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 3. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat

			(SLKI L.08066)	<p>4. Ajarkan Teknik non farmakologis penerapan kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2.	Hipertensi	Defisit pengetahuan (D.0111) b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan melakukan kunjungan rumah selama 60 menit sebanyak 3 kali kunjungan dalam seminggu, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. perilaku sesuai anjuran meningkat 2. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	<p>Edukasi proses penyakit (I.12444) Observasi Identifikasi</p> <p>1. Kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Tarepeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit</p> <p>2. Jelaskan faktor patofisiologi penyakit</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala ditimbulkan penyakit</p> <p>4. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>5. Informasikan kondisi klien saat ini</p> <p>Jelaskan tentang pelaksanaan hipertensi dengan terapi non farmakologis dengan kompres hangat</p>

			<p>5. persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p> <p>6. menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun</p> <p>7. perilaku membaik (SLKI L.12111)</p>	<p>6. Informasikan kondisi klien saat ini</p>
3.	Hipertensi	<p>Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) b.d</p> <p>ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan melakukan kunjungan rumah selama 60 menit sebanyak 3 kali kunjungan dalam seminggu, diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1. kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>2. aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</p>	<p>Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.134777)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang Kesehatan</p> <p>2. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga</p> <p>Teraputik</p> <p>1. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Informasikan fasilitas Kesehatan yang ada di lingkungan keluarga</p> <p>anjurkan menggunakan fasilitas Kesehatan yang ada.</p>

			3. tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat 4. gejala penyakit anggota keluarga menurun (SLKI L.012105)	
--	--	--	--	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019)

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase Ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan langkah-langkah dari proses keperawatan yang telah direncanakan keperawatan untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan (Fitriani, 2020). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan klien, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi, komponen tahap implementasi.

a. Tindakan keperawatan mandiri

Tindakan keperawatan yang dilakukan atas inisiatif dan wewenang perawat sendiri, tanpa perlu instruksi dari tenaga medis lainnya.

b. Tindakan keperawatan edukasi

Tindakan yang bertujuan untuk memberikan informasi, edukasi, dan bimbingan kepada pasien dan keluarganya agar memahami kondisi dan cara merawatnya.

c. Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan keperawatan yang dilakukan bersama dengan tim kesehatan lain, berdasarkan instruksi medis atau kerja sama lintas profesi.

d. Dokumentasi Tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

Adapun implementasi pada keluarga dengan hipertensi untuk pengendalian Nyeri pada pasien hipertensi salah satunya dengan cara pemberian kompres hangat yang akan dilakukan dan dipantau selama 3 hari, 2-3 kali dalam sehari dengan waktu kompres selama 10-15 menit dengan awal pengecekan skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat sehingga nanti dapat disimpulkan keefektifan program pemberian kompres hangat dalam mengatasi nyeri pada hipertensi.

2.5.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifitasnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbarui rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat

keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Suprajitno, 2016) yaitu dengan SOAP, sengan pengertian “S” adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, “O” adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. “A” adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan objektif, “P” adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan.

Evaluasi proses dilakukan saat proses penerapan kompres hangat berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Diharapkan setelah dilakukannya penerapan kompres hangat ini, klien mengalami penurunan nyeri dan TTV normal.