

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan gangguan yang terjadi pada pembuluh darah yang dapat menghambat suplai oksigen dan nutrisi sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi adalah faktor utama yang menyebabkan terjadinya penyakit jantung dan stroke (Sulistyarini, 2013).

Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri, dimana hiper yang artinya berlebihan dan tensi yang artinya tekanan atau tegangan. Jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah diatas normal (Musakkar & Djafar, 2021).

Hipertensi adalah keadaan tekanan darah naik dalam keadaan tidak normal dan terjadi terus menerus dalam beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang ditimbulkan satu faktor maupun beberapa faktor resiko yang tidak bisa mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya & Putri, 2013).

Dapat disimpulkan dari ketiga definisi di atas yaitu hipertensi adalah tekanan darah yang meningkat melebihi angka normal tekanan darah, yaitu tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik melebihi dari 90 mmHg.

2. Etiologi

Beberapa penyebab hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2021) :

- a. Keturunan : Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi.
- b. Usia : Sebuah penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah usia maka semakin tinggi resiko terkena hipertensi.

- c. Obesitas : Orang yang memiliki berat badan lebih 30% dari berat badan ideal memiliki resiko lebih tinggi mengidap hipertensi.
- d. Stres : Merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi dimana hubungan antara stres dengan hipertensi melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara tidak menentu (Anggriani et al., 2014).

3. Faktor Risiko

Beberapa Faktor risiko hipertensi yaitu (Endang, 2014) :

- a. Riwayat keluarga, didapatkan riwayat hipertensi jika di dalam keluarga atau dari orang tua maka dugaan hipertensi lebih besar.
- b. Faktor usia, usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena bertambahnya umur maka semakin tinggi resiko hipertensi.
- c. Faktor lingkungan seperti stres, berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi.
- d. Kegemukan atau obesitas merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dapat dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai kaitan erat dengan hipertensi dikemudian hari.

4. Manifestasi klinis

Hipertensi biasanya tanpa gejala. Pemeriksaan tekanan darah merupakan salah satu cara untuk mengetahui hipertensi. Pada tahap awal asimtomatik, hanya ditandai dengan kenaikan tekanan darah. Ketika gejala muncul, biasanya samar, rasa sakit pada kepala, nyeri tengkuk dan leher dapat muncul saat bangun tidur, nokturia, bingung, mual, muntah dan gangguan penglihatan (Sahrudi & Akhyarul, 2021).

5. Patofisiologi

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang

pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*.

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi *vasokonstriksi*, yaitu jika arteri kecil (*arteriola*) untuk sementara waktu mengerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah yang selama respon *fight-or-flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung dan juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu, mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh. Melepaskan hormon *epinefrin* (*adrenalin*) dan *norepinefrin* (*noradrenalin*), yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stres merupakan satu faktor yang pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormon *epinefrin* dan *norepinefrin* (Endang, 2014).

6. Klasifikasi

a. Klasifikasi berdasarkan penyebab (Endang, 2014) :

- 1) Hipertensi esensial (*primer*) yaitu hipertensi yang tidak disebabkan oleh kondisi penyakit atau penyakit lain, tetapi terdapat banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, sistem rennin angiotensin, efek dari ekresi Natrium (Na), obesitas, merokok dan stres.

- 2) Hipertensi skunder yaitu hipertensi yang mempunyai penyebab spesifik atau merupakan komplikasi dari kondisi/penyakit lain, seperti diabetes, penyakit ginjal, *pheochromacytoma*, sindrom cushing, hiperplasia adrenal kongenital, hipertiroidisme, hiperparatiroidisme, kehamilan, *sleep apnea* dan kegemukan (Ni Ketut & Brigitta, 2021).

b. Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

Tabel 2. 1

Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Tekanan darah normal	120 - 129	80 – 89
Tinggi	130 - 139	89
Hipertensi derajat I	140 - 159	90 – 99
Hipertensi derajat II	>160	>100
Hipertensi derajat III	>180	>110

(Depkes RI, 2016).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi ada 2 yaitu (Ridho, 2014) :

a. Farmakologi (Obat-obatan)

- 1) Diuretik seperti chlorthalidone dengan dosis 25-100 mg dalam 1x sehari.
- 2) Beta blocker diantaranya atenolo dengan dosis 50-100 mg dalam 1 kali sehari.
- 3) Golongan antagonis kalsium seperti amlodipine dengan dosis 5 mg dalam 1 kali sehari
- 4) Penghambat konversi rennin angiotensi seperti captopril dengan dosis 12,5-25 mg dalam 2 kali sehari.

b. Non Farmakologi

- 1) Diet pembatasan atau kurangi konsumsi garam, penurunan berat badan dapat membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan

penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan penurunan kadar aldosteron dalam plasma.

- 2) Kurangi stres dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.
- 3) Istirahat yang cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.
- 4) Aktivitas ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, seperti berjalan, jogging, bersepeda dan berenang.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Urografi eksretori dapat menunjukkan atrofi ginjal, mengindikasikan penyakit gagal ginjal kronis: satu ginjal 1,6 cm lebih pendek dibandingkan ginjal yang lain. Menandakan penyakit ginjal unilatera.
- b. Foto toraks dapat menunjukkan kardiomegali.
- c. Arteriografi ginjal dapat menunjukkan stenosis arteri ginjal.
- d. EKG dapat menunjukkan hipertrofi ventrikel kiri.
- e. Oftalmoskopi menunjukkan adanya luka arteriovenal, ensafelopati hipertensi dan papiledema.
- f. Pemeriksaan laboratorium untuk hipertensi yaitu:
 - 1) Pemeriksaan urinalisis.
 - 2) Pemeriksaan kadar kalium serum.
 - 3) Pemeriksaan kadar blood urin nitrogen (Sahrudi & Akhyarul, 2021).

9. Komplikasi

- a. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahnya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat

menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arteriosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga disritmia, hipoksia jantung dan peningkatan resiko pembentukan pembekuan.
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.
- d. Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan didalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema. Ensefalopati dapat terjadi terutama pada pasien hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma (Endang, 2014).

B. Konsep Terapi Relaksasi Benson

1. Definisi

Relaksasi Benson merupakan salah satu tehnik relaksasi yang sederhana, mudah pelaksanaannya, dan tidak memerlukan biaya. Relaksasi ini merupakan gabungan antara tehnik respon relaksasi dan sistem keyakinan. Sebenarnya relaksasi ini merupakan relaksasi menggunakan tehnik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Tetapi pada relaksasi benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang merupakan sugesti bagi pasien yang diyakini dapat mengurangi rasa nyeri atau rasa cemas yang sedang dialami pasien (Teti & Cecep, 2015).

Relaksasi Benson adalah relaksasi yang menggabungkan antara tehnik relaksasi dan sistem keyakinan individu yang difokuskan pada ungkapan tertentu berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri yang diucapkan berulang-ulang dengan ritme teratur disertai sikap pasrah.

Relaksasi Benson merupakan suatu tehnik relaksasi untuk menghilangkan nyeri, insomnia dan kecemasan. Pada teknik ini merupakan pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan bimbingan, sendiri. Teknik ini merupakan upaya memastikan perhatian pada suatu faktor dengan menyebutkan berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu (Iwan, 2021).

Kalimat yang akan digunakan kalimat yang sesuai keyakinan dan yang diinginkan pasien yang telah diberikan oleh peneliti seperti subhanallah, saya sehat, alhamdulillah, allahuakbar, astagfirullah dan yakin sembuh.

2. Manfaat Relaksasi Benson

Manfaat relaksasi benson antara lain (Iwan, 2021):

- a. Mengurangi nyeri
- b. Ketentraman hati
- c. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah

- d. Membantu mengurangi tekanan darah

3. Prosedur

Agar relaksasi ini berhasil, diperlukan empat elemen dasar yaitu lingkungan yang tenang, klien secara sadar dapat mengendurkan otot-otot tubuhnya, klien dapat memusatkan diri selama 10-15 menit pada ungkapan yang di pilih dan bersikap pasif pada pikiran-pikiran yang mengganggu. langkah-langkah Relaksasi Benson antara lain :

a. Langkah Pertama

Pemilihan satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan pasien. Kata atau ungkapan tersebut harus berdasarkan keinginan pasien.

b. Langkah kedua

Atur posisi pasien dengan nyaman. Posisi nyaman ditawarkan kepada pasien apakah akan dilakukan berbaring atau duduk. Hal ini dilakukan agar pasien merasa nyaman dan tidak tegang.

c. Langkah ketiga

Pejamkan mata dengan wajar dan tidak mengeluarkan banyak tenaga. Hindarkan pasien untuk memejamkan mata terlalu kuat karena akan menimbulkan ketegangan dan membuat pasien menjadi pusing pada saat membuka mata setelah dilakukan latihan relaksasi benson.

d. Langkah keempat

Anjurkan pasien untuk melemaskan otot-ototnya mulai dari kepala sampai kaki.

e. Langkah kelima

Anjurkan pasien menarik napas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.

Setelah hitungan ketiga, keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan (posisi mulut seperti bersiul) sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih pasien dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas tersebut.

f. Langkah keenam

Anjurkan pasien untuk mempertahankan sikap pasif. Sikap pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respons relaksasi. Anjurkan pasien untuk berpikir tenang.

g. Langkah ketujuh

Lanjutkan relaksasi untuk jangka waktu tertentu. Teknik ini cukup dilakukan selama 5-10 menit saja. Tetap jika menginginkan waktu yang lebih lama, lakukan tidak lebih dari 10 menit.

h. Langkah kedelapan

Lakukan teknik ini dilakukan dengan frekuensi dua hari sekali (Tetti & Cecep, 2015).

Tindakan yang diberikan kepada pasien dengan masalah hipertensi adalah relaksasi benson yang dilakukan selama 7 hari dengan waktu pemberian nya selama 5-10 menit.

4. Cara Kerja

Relaksasi benson menurunkan aktifitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktifitas sistem saraf parasimpatis, menurunkan metabolisme, menurunkan tekanan darah dan denyut nadi, kemudian menurunkan konsumsi oksigen. Ketika kondisi rileks tercapai maka aksi dari hipotalamus akan menyesuaikan dan terjadinya penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan parasimpatis.

Salah satu relaksasi yang dapat menurunkan tekanan darah yaitu relaksasi benson, relaksasi benson dipercaya menghambat sistem saraf otonom dan sistem saraf pusat serta meningkatkan aktivitas parasimpatis yang ditandai dengan menurunnya otot rangka, tonus otot jantung dan mengganggu fungsi neuroendrokrin yang bisa menurunkan tekanan darah dan stres (Triyanto, 2014).

C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian

- a. Identitas klien
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Kaji keluhan : apakah pasien mengeluh sakit kepala di pagi hari, nyeri servikal, pusing, kelelahan, palpitasi, nyeri dada, dispnea, penglihatan kabur.
 - 2) Kaji riwayat penyakit : apakah memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, gagal jantung dan penggunaan obat-obatan.
- c. Pemeriksaan fisik
 - 1) Kaji tanda-tanda vital, mencakup tekanan darah, nadi apikal dan perifer, biasanya ditemukan nadi kuat berdenyut, edema perifer pada tahap akhir dan hemoragi.
 - 2) Papil edema pada mata di tahap akhir jika terdapat retinopati hipertensi.
 - 3) Cek pada abdomen apakah adanya massa abdomen berdenyut.
 - 4) Cek tekanan darah minimal dua kali pemeriksaan.
 - 5) Adanya bising atau tidak pada aorta abdomen dan arteri femoral atau karotis (Endang, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung (D.0008)
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, immobilitas (D.0056)
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan intraserebral) (D.0077)
- 4) Ketidakpatuhan berhubungan dengan lingkungan tidak terapeutik (D.0114)

- 5) Defisit pengetahuan manajemen hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung, perubahan frekuensi jantung	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil (L.02008) : a. Kekuatan nadi perifer meningkat b. Tekanan darah membaik c. Lelah menurun d. Pucat menurun e. Distensi vena jugularis menurun	Perawatan jantung (I.02075) 1. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 2. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) 3. Monitor saturasi oksigen 4. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 6. Anjurkan beraktivitas sesuai toleransi 7. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, immobilitas	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil (L.05047) : a. Keluhan lelah menurun b. Frekuensi nadi membaik c. Dispnea saat	Manajemen energi (I.05178) 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		aktivitas menurun d. Dispnea setelah aktivitas menurun	4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 6. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 8. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 9. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, intensitas

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	tekanan darah intrasebral)	hasil (L.08066) : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Frekuensi nadi membaik d. Tekanan darah membaik e. Gelisah menurun	nyeri. 2. Identifikasi skor nyeri. 3. Identifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan teknik relaksasi benson 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgetik.
4	Ketidakpatuhan berhubungan dengan lingkungan tidak terapeutik	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat, dengan kriteria hasil (L.12110) :	Dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361) 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		a. Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan meningkat. b. Resiko komplikasi masalah kesehatan menurun. c. Dukungan keluarga meningkat	2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik. 3. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. 4. Anjurkan keluarga untuk mendampingi selama menjalani perawatan. 5. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat, jika perlu
5	Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan	Edukasi Kesehatan (I.12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	berhubungan dengan kurang terpapar informasi.	meningkat, dengan kriteria hasil (L.12111) : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat. b. Pertanyaan masalah yang dihadapi menurun. c. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat. d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat e. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih. 3. Berikan Pendidikan Kesehatan tentang hipertensi 4. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), luaran dari intervensi tersebut adalah sebagai berikut :

1. Penurunan curah jantung
 - a. Kekuatan nadi perifer meningkat
 - b. Tekanan darah membaik
 - c. Lelah menurun
 - d. Pucat menurun

- e. Distensi vena jugularis menurun
- 2. Intoleransi aktivitas
 - a. Keluhan lelah menurun
 - b. Frekuensi nadi membaik
 - c. Dispnea saat aktivitas menurun
 - d. Dispnea setelah aktivitas menurun
- 3. Nyeri akut
 - a. Keluhan nyeri menurun
 - b. Meringis menurun
 - c. Frekuensi nadi membaik
 - d. Tekanan darah membaik
 - e. Gelisah menurun
- 4. Ketidakpatuhan
 - a. Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan meningkat.
 - b. Resiko komplikasi masalah kesehatan menurun.
 - c. Dukungan keluarga meningkat
- 5. Defisit pengetahuan
 - a. Perilaku sesuai anjuran meningkat.
 - b. Pertanyaan masalah yang dihadapi menurun.
 - c. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat.
 - d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
 - e. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi keperawatan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat didalam rencana tindakan asuhan keperawatan (Baharudin dkk, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subyektif, obyektif, pengkajian kembali (*assesment*), rencana tindakan (*planning*) (Baharudin dkk, 2020).

6. Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Penjajakan I

Pengkajian tahap 1 merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan. Ada 6 kategori dalam pengkajian keluarga yaitu : mengidentifikasi data, tahap dan riwayat perkembangan, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres, koping dan adaptasi keluarga serta harapan keluarga (Friedman dalam Nadirawati, 2018).

1) Data umum

- a) Identitas data yang harus dikaji adalah nama kepala keluarga dan nama keluarga, usia, alamat tinggal keluarga, pekerjaan serta pendidikan.
- b) Komposisi keluarga yang dikaji adalah keluarga yang masih tinggal serumah saat ini.
- c) Genogram yang perlu dikaji dengan data keluarga diisikan minimal tiga generasi.

d) Tipe Keluarga

Tipe keluarga ini yang dikaji adalah jenis tipe keluarga, ada masalah atau ada kendala yang terjadi pada tipe keluarga tersebut.

e) Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa dari keluarga tersebut dan mengidentifikasi budaya dari keluarga ini tentang kesehatan.

f) Agama

Mengkaji agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang bisa memengaruhi kesehatan keluarga.

g) Status sosial ekonomi keluarga

Pada pengkajian ini yang dikaji yaitu pendapatan yang dihasilkan oleh setiap anggota keluarga, kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga dan barang-barang yang dimiliki keluarga.

h) Aktivitas rekreasi keluarga

Pada pengkajian ini yang dikaji adalah kapan saja keluarga pergi bersama-sama ke tempat rekreasi (Nadirawati, 2018).

2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga (Nadirawati, 2018).

a) Tahap Perkembangan Keluarga Saat ini

Pada tahap ini yang dikaji adalah anak tertua dari keluarga inti yang menentukan pada tahap perkembangan keluarga.

b) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Pada tahap ini yang dikaji adalah tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga dan mengapa tugas perkembangan belum terpenuhi oleh keluarga.

c) Riwayat Keluarga Inti

Pada tahap ini dikaji yaitu keluarga menjelaskan asal mula terbentuknya keluarga.

d) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Dimana pada tahap ini dikaji tentang riwayat penyakit keluarga sebelumnya dari suami maupun istri dan perhatian dalam pencegahan suatu penyakit (status imuniasi).

3) Pengkajian Lingkungan (Nandirawati, 2018).

a) Karakteristik Rumah

Pada tahap ini dikaji dengan melihat luas rumah, tipe rumah, serta denah lokasi rumah dengan jelas.

b) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Di tahap ini yang dikaji adalah kebiasaan lingkungan sekitar, aturan lingkungan sekitar serta budaya setempat yang dapat mempengaruhi kesehatan.

c) Mobilitas Geografis Keluarga

Pada tahap ini yang dikaji yaitu kebiasaan keluarga yang suka berpindah-pindah atau tidak.

d) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Pada tahap ini yang dikaji adalah keluarga sering berkumpul dengan anggota keluarga yang ada dan sejauh mana keluarga sering berinteraksi dengan masyarakat.

e) Sistem Pendukung Keluarga

Pada tahap ini adakah sistem pendukung keluarga seperti fasilitas penunjang kesehatan seperti posyandu, klinik, puskesmas yang berjarak dekat.

4) Struktur Keluarga

a) Pola Komunikasi

Menjelaskan bagaimana cara berkomunikasi dengan antar anggota keluarga.

b) Struktur Kekuatan Keluarga

Kemampuan anggota keluarga yang bisa mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarganya seperti kepala keluarga yang bisa mengendalikan keluarga.

c) Struktur Peran

Pada tahap ini menjelaskan tentang peran masing-masing dari anggota keluarga.

d) Nilai atau Norma Keluarga

Disini adakah nilai dan norma yang dianut keluarga untuk meningkatkan kesehatan (Nandirawati, 2018).

5) Fungsi Keluarga

a) Fungsi Afektif

Pada tahap ini dikaji tentang perasaan memiliki antar anggota keluarga, bagaimana keluarga bisa menciptakan kehangatan antar anggota keluarga dan mengembangkan saling mengormati antar anggota keluarga.

b) Fungsi Sosial

Hal yang dikaji pada tahap ini interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin dan bertanggung jawab.

c) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit, menyediakan makanan yang bergizi dan pengetahuan keluarga tentang sehat-sakit.

d) Fungsi Reproduksi

Pada tahap ini dikaji mengenai keluarga merencanakan jumlah anggota keluarga dengan metode apa, seperti dengan KB dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

e) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan tentang seberapa membutuhkan sandang, pangan dan papan untuk keluarga (Nandirawati, 2018).

6) Strategi koping yang Digunakan

a) Stresor Jangka Pendek dan Panjang

Stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami oleh anggota keluarga yang kurang dari 6 bulan. Stresor jangka panjang yaitu stresor yang dialami anggota keluarga atau keluarga yang lebih dari 6 bulan.

b) Kemampuan Keluarga berespons terhadap situasi atau stresor.

c) Strategi koping yang digunakan bila menghadapi masalah.

d) Strategi adaptasi disfungsional yang digunakan bila keluarga menghadapi masalah (Nandirawati, 2018).

7) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga (Nandirawati, 2018).

8) Harapan Keluarga

Akhir dari pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga setelah adanya tenaga kesehatan (Nandirawati, 2018).

b. Penjajakan II

Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga. Pengkajian tahap ini lebih difokuskan pada kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga. Pengkajian keluarga tahap II terdiri dari lima tugas yaitu : (Magalaya, 2009 dalam Nadirawati, 2018).

- 1) Mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan faktor yang mempengaruhi, serta persepsi keluarga terhadap masalah.
- 2) Mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat adalah pengetahuan keluarga terhadap dampak atau konsekuensi penyakit. Jika keluarga tidak mampu mengambil keputusan dikaji penyebab ketidakmampuan tersebut. Hal yang dikaji diantaranya :
 - a) Sejauhmana keluarga mampu mengerti mengenai sifat dari masalahnya.
 - b) Apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga.
 - c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang ada.

- d) Apakah keluarga merasa takut dari akibat tindakan pemyakit.
 - e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan.
 - f) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan.
 - g) Keluarga percaya atau tidak terhadap tenaga kesehatan.
 - h) Adakah keluarga mendapatkan informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.
- 3) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit seperti bagaimana keadaan penyakitnya, penyebabnya, komplikasi dan cara merawatnya.
 - 4) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah, baik fisik maupun fisiologis yang sehat. Hal yang dikaji diantaranya :
 - a) Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki.
 - b) Mengetahui bagaimana keluarga melihat keuntungan atau manfaat dari pemeliharaan lingkungan.
 - c) Sejauh mana keluarga mengetahui upaya pencegahan.
 - d) Sejauh mana sikap dan pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi.
 - 5) Untuk mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat seperti keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, bagaimana tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas kesehatan dan memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.

c. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga diidentifikasi dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga dan koping keluarga, baik yang bersifat aktual, risiko serta sejahtera. Tipologi

atau sifat dari diagnosa keperawatan keluarga adalah aktual, resiko dan sejahtera (Nandirawati, 2018).

- 1) Tipologi diagnosa keperawatan bersifat aktual yang berarti terjadi deficit atau gangguan kesehatan dalam keluarga dan dari hasil pengkajian didapatkan data meliputi tanda dan gejala dari masalah gangguan kesehatan.
- 2) Diagnosis keperawatan keluarga bersifat risiko (ancaman kesehatan) yang mana sudah ada data penunjang tetapi belum terjadi adanya gangguan seperti, lingkungan rumah kurang bersih, pola makan tidak adekuat.
- 3) Diagnosis keperawatan keluarga yang bersifat kesejahteraan (*wellness*) dimana keadaan keluarga yang sudah baik atau sejahtera tetapi perlu ditingkatkan lagi derajat kesehatannya.

d. Skoring

Tabel 2.3

Skala untuk menentukan prioritas Askep Keluarga

No	Kriteria	Skala	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan Keadaan sejahtera	3 2 1	2	
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2	
3	Potensial Masalah Untuk Dicegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1	
4	Menonjolnya Masalah Masalah berat harus segera ditangani	2		

No	Kriteria	Skala	Bobot	Pembenaran
	Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani	1	1	
	Masalah tidak dirasakan	0		

(Maglaya 2009 dalam Nandirawati, 2018).

Proses skoring dilakukan untuk semua diagnosa (Nandirawati, 2018).

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot.
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria.
- 4) Urutkan diagnosis yang skornya paling besar.

e. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah tindakan yang ditentukan oleh perawat dan keluarga untuk dilakukan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah ditemukan dapat diselesaikan, beberapa langkah-langkah perencanaan sebagai berikut :

- 1) Pengetahuan yang ada dan tindakan untuk menangani masalah seperti sumber daya keluarga, sumber daya perawat, sumber daya masyarakat.
- 2) Menentukan tujuan merupakan tahap akhir yang dituju dengan semua usaha. Tujuan ini yang diharapkan dari tindakan keperawatan yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang seperti keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gizi rendah dan setelah dilakukan satu kali kunjungan keluarga mengerti tentang gizi kurang (Nandirawati, 2018).

f. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah tindakan yang sudah direncanakan atau yang telah disusun perawat bersama keluarga untuk memenuhi tujuan dari tindakan tertentu. Pada pelaksanaan

implementasi keluarga ada hal yang harus diperhatikan sebagai berikut :

- 1) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan tindakan yang tepat dengan cara diakui tentang konsekuensi tidak melakukan tindakan tersebut dan diakui tentang konsekuensi tiap tindakan alternatif.
- 2) Menstimulasi kesadaran pasien dan penerimaan tentang masalah serta kebutuhan kesehatan dengan cara memperluas informasi, membantu melihat dampak akibat situasi saat ini, hubungan kebutuhan kesehatan dan dorongan sikap yang sehat dalam menghadapi masalah.
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat keluarga yang sakit.
- 4) Intervensi untuk menurunkan ancaman psikologis seperti bina hubungan saling percaya.
- 5) Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan yang sehat.
- 6) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada (friedman 2003 dalam Nadirawati, 2018).

g. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses terakhir dalam asuhan keperawatan yang menilai hasil dari tindakan atau hasil dari asuhan keperawatan yang dilakukan dengan membandingkan hasil yang dicapai seperti respons keluarga terhadap tindakan yang dilakukan dengan indikator yang ditetapkan (Nadirawati, 2018).