

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan yang lainnya (Johnson's 1992 dalam Padila 2012). Keluarga merupakan sebuah sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal maupun lingkungan eksternalnya (Friedman, 2010). Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain (Burgess dkk 1963 dalam Komang Ayu 2010).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama melalui hubungan perkawinan dan saling ketergantungan antara satu dengan yang lainnya.

2. Ciri Keluarga

Menurut Burgess (1963) dalam Friedman (1998) dalam Padila (2012) ciri-ciri keluarga yaitu:

- a. Keluarga terdiri dari beberapa individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah dan adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki, anak perempuan dan sebagainya.

- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.
- e. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota keluarga.

3. Tipe Keluarga

Menurut Allender & Spradley (2001) dalam Komang Ayu (2010) membagi tipe keluarga berdasarkan:

- a. Keluarga tradisional
 - 1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
 - 2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
 - 3) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
 - 4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - 5) *Single adult*, yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
 - 6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- b. Keluarga non tradisional
 - 1) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
 - 2) Orang tua (ayah atau ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - 3) *Homoseksual* yaitu tipe individu yang berjenis kelamin sama hidup bersama dalam satu rumah tangga.

4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010) yaitu :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Upaya keluarga

difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditunjuk untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Sosialisasi seharusnya lebih kepada proses seumur hidup yang meliputi internalisasi sekumpulan norma dan nilai yang tepat agar dapat menjadi seorang remaja, suami/istri, orang tua, seorang pegawai yang baru bekerja, kakek/nenek dan pensiunan. Singkatnya, sosialisasi melibatkan pembelajaran budaya.

c. Fungsi ekonomi

Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, papan, pangan dan perawatan kesehatan yang adekuat.

d. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi untuk mempertahankan keadaan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi yang mencakup 5 aspek yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Menurut Friedman fungsi perawatan keluarga dibagi atas: Keyakinan, nilai dan perilaku keluarga, definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga, status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga, praktik diit keluarga, kebiasaan tidur dan istirahat, aktivitas dan rekreasi fisik, praktik obat terapeutik dan penenang, alcohol, dan tembakau dalam keluarga, peran keluarga dalam perawatan diri, praktik lingkungan dan hygiene, tindakan pencegahan berbasis medis.

Fungsi perawatan keluarga yang lain menurut Friedman yaitu: terapi komplementer dan alternatif, riwayat kesehatan keluarga, pelayanan kesehatan yang diperoleh, perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan, layanan kesehatan darurat, sumber pembayaran, dan logistik perawatan yang diperoleh.

5. Tahap dan tugas perkembangan keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1995); Carter & Mc Goldrick (1988) dalam Komang Ayu (2010), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

c. Tahap III, keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur

keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

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

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu.

- g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun dan mengasuh cucu.

6. Tingkat kemandirian keluarga

Menurut Dep-Kes (2006) dalam Komang Ayu (2010) sebagai berikut:

- a. Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I / KM-1)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- b. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II / KM-II)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- c. Tingkat kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III / KM-III)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
- d. Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV / KM-IV)
 - 1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - 2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - 3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.

- 4) Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- 6) Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
- 7) Melakukan tindakan promotif secara aktif.

7. Struktur keluarga

Friedman (2010) membagi struktur keluarga menjadi 4 yakni:

a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi antara lain bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berfikir positif. Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti: *sender, channel-media, message, environment, dan receiver*.

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi social yang diberikan. Peran formal keluarga berkaitan dengan setiap posisi formal keluarga, yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogeny, sedangkan peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya memenuhi kebutuhan emosional individu dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga menerangkan bahwa: peran-peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota keluarga tersebut.

c. Struktur kekuasaan

Friedman (2010) menjelaskan bahwa kekuasaan merupakan kemampuan dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain. Struktur kekuasaan sangat bervariasi dari keluarga ke keluarga, dan dapat bersifat positif atau disfungsi. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan keluarga pada umumnya dengan musyawarah. Proses pembuatan keputusan dalam keluarga antara lain dengan kesepakatan, akomodasi dan keputusan *de facto*.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat sistem nilai dalam keluarga. Budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

B. KONSEP DASAR MEDIK

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang melebihi tekanan darah normal seperti apa yang telah disepakati oleh para ahli, yaitu >140/90 mmHg (Sudoyo, 2006). Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Kushariyadi, 2008). Seseorang dianggap hipertensi apabila tekanan darahnya 140/90 mmHg (Muhammad Ardiansyah, 2012). Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat. Hipertensi dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Seseorang dinyatakan hipertensi apabila tekanan darah sistolik 140 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg (Kemenkes, 2013).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka morbiditas dan angka mortalitas. Tekanan yang abnormal atau tinggi pada pembuluh darah menyebabkan meningkatnya risiko terhadap stroke, gagal jantung, serangan jantung, dan kerusakan ginjal (Adib, 2009).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan hipertensi apabila tekanan darah melebihi tekanan normal yaitu tekanan darah sistolik 140 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 mmHg yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas).

2. Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi hipertensi pada pasien 18 tahun oleh *The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (1998) dalam Muhammad Ardiansyah (2012) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah pada dewasa menurut JNC

Kategori	TDD (mmHg)	TDS (mmHg)
Normal	<85	<130
Normal tinggi	85-89	130-139
Hipertensi:		
Tinggi 1 (ringan)	90-99	140-159
Tinggi 2 (sedang)	100-109	160-179
Tinggi 3 (berat)	110-119	180-210
Tinggi 4 (sangat berat)	120	210

3. Anatomi Fisiologi

Jantung merupakan organ berotot dengan empat ruang yang terletak di rongga dada, di bawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Jantung terdapat didalam sebuah kantung longgar berisi cairan yang disebut perikardium. Keempat ruang jantung tersebut adalah atrium kiri dan kanan serta ventrikel kiri dan kanan. Sisi kiri jantung memompa darah keseluruh tubuh, kecuali sel-sel yang berperan dalam pertukaran gas di paru-paru (ini disebut sebagai sirkulasi sistemik). Sisi kanan jantung memompa darah ke paru-paru untuk mendapat oksigen (ini disebut sirkulasi paru atau pulmoner).

a. Sirkulasi sistemik

Darah masuk ke atrium kiri dari vena pulmonaris. Darah di atrium kiri kemudian mengalir ke dalam ventrikel kiri melalui katup atrio ventrikel (AV), yang terletak di sambungan atrium dan ventrikel (katup ini disebut katup mitralis). Semua katup jantung membuka ketika tekanan dalam ruang jantung atau pembuluh darah yang berada di atasnya melebihi tekanan di dalam ruang atau pembuluh yang ada di bawah.

Aliran darah keluar dari ventrikel kiri menuju aorta melalui katup aorta. Darah di aorta kemudian disalurkan ke seluruh sirkulasi sistemik, yakni melalui arteri, arteriol, dan kapiler yang kemudian menyatu kembali untuk membentuk vena-vena. vena- vena dari bagian bawah tubuh mengembalikan darah ke vena terbesar, yakni vena kava inferior. Vena dari bagian atas tubuh mengembalikan darah ke vena kava superior, yakni ke dua vena kava yang bermuara di atrium kanan.

b. Sirkulasi paru-paru

Darah di atrium kanan mengalir ke ventrikel kanan melalui AV lainnya, yang disebut katup trikuspidalis. Darah keluar dari ventrikel kanan dan mengalir melewati katup ke-4, katup pulmonaris, dan ke dalam arteri pulmonaris. Arteri pulmonaris ini bercabang-cabang lagi menjadi arteri pulmonaris kanan dan kiri. Di paru-paru, arteri-arteri pulmonaris ini bercabang-cabang lagi menjadi banyak cabang arteriol dan kemudian kapiler.

Setiap kapiler memberi perfusi pada satuan pernapasan, melalui sebuah alveolus. Semua kapiler menyatu kembali untuk menjadi venula dan venula menjadi vena, kemudian vena-vena ini menyatu untuk menjadi vena pulmonaris yang besar. Darah mengalir dalam vena pulmonaris, kembali ke atrium kiri untuk menyelesaikan siklus aliran darah jantung.

4. Etiologi

Muhammad Ardiansyah (2012) menjelaskan hipertensi berdasarkan penyebabnya dibedakan menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi essensial (Hipertensi primer) yaitu hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi essensial diantaranya:

1) Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, berisiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.

2) Jenis kelamin dan usia

Laki- laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi.

3) Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau kandungan lemak, secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

4) Berat badan/obesitas (25% lebih berat di atas berat badan ideal) juga sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

5) Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alcohol dapat meningkatkan tekanan darah (bila gaya hidup yang tidak sehat tersebut tetap diterapkan).

b. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain (penyebabnya diketahui), prestasinya adalah 5-10%. Beberapa gejala atau penyakit yang menyebabkan hipertensi jenis ini antara lain:

1) *Coarctationaorta*, yaitu penyempitan *aortaconginetal*. Penyempitan ini menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.

2) Penyakit parenkim dan vascular ginjal. Penyakit ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal.

3) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen). Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme *renin-aldosteron-mediate volume expansion*. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah dapat kembali normal lagi.

4) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder.

5) Kehamilan .

5. Insiden

a. Kasus hipertensi secara global terus meningkat di berbagai negara. Prevalensi hipertensi di dunia saat ini diperkirakan mencapai 15-25% dari populasi dewasa. Prevalensi hipertensi di Amerika tahun 2005 adalah 21,7%, Vietnam pada tahun 2004 mencapai 34,5%, Thailand (1989) 17%, Malaysia (1996) 29,9%, Philippina (1993) 22%, Singapura (2004) 24,9% dan prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 26,5%, sesuai dengan data Riskesdas 2013 (Kiki Korneliani, 2012).

b. Prevalensi di Jawa Tengah menyerang sebanyak 26,4% (Kemenkes, 2013).

6. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Pusat vasomotor ini bermula jasad saraf simpatis, yang berlanjutan ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis, pada titik ini neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Sistem saraf simpatis pada saat bersamaan merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pertimbangan gerontology, perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis dan hilangnya elastisitas jaringan ikat, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan

penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth 2002 dalam Padila 2013).

7. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

(Edward K Chung 1995 dalam Padila 2013)

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi menurut NANDA (2012) antara lain sakit kepala, sakit pada tengkuk, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, kesadaran menurun.

8. Test diagnostik

Test diagnostik berdasarkan Reni (2015) meliputi:

a. Laboratorium

- 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal.
- 2) Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dan gagal ginjal akut.
- 3) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin).

b. EKG

- 1) Hipertropi ventrikel kiri.
- 2) Iskemia atau infark miokard.

c. Foto rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung.
- 2) Hipertropi parenkim ginjal.
- 3) Hipertropi vascular ginjal.

9. Komplikasi

Menurut Muhammad Ardiansyah (2012) komplikasi dari hipertensi antara lain:

a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat pendarahan karena tekanan tinggi di otak. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahi menjadi berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

b. Infark miokardium

Infark miokardium dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami aterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut, karena terjadi hipertensi kronik dan hipertropi ventrikel maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus, dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, neuron akan terganggu, dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine, sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, hal ini menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

d. Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat, akibatnya neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian.

10. Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular, mortalitas serta morbiditas. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik di bawah 140 mmHg dan tekanan diastolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol faktor risiko, hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja atau dengan obat anti hipertensi (Mansjoer 2002 dalam Reni 2012).

Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi yaitu terapi oksigen, pemantauan hemodinamik, pemantauan jantung, obat-obatan: golongan diuretik, golongan beta bloker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversi *rennin angiotensin*.

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan secara non-farmakologis, antara lain:

a. Pengaturan diet

Beberapa diet yang dianjurkan:

- 1) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi, dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem rennin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- 2) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas.
- 3) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

b. Penurunan berat badan

c. Olahraga

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

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan telephone
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan genogram

Komposisi keluarga

Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga tersebut, tempat tinggal lahir/umur, pekerjaan dan pendidikan.

Genogram

Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit, untuk hal tersebut maka genogram keluarga harus memuat informasi tiga generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orangtua).

6) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis atau tipe keluarga tersebut.

7) Suku bangsa

Mengkaji asal-usul suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

8) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

9) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun dari anggota keluarga lainnya, selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan

yang di keluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

10) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengar radio juga merupakan aktifitas rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis

Mobilitas geografis keluarga di tentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

d. Struktur keluarga

1) Sistem pendukung keluarga

Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, sistem komunikasi yang digunakan secara terus menerus.

3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

4) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

5) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi Sosialisasi

Interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, pelindung serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat. Hal yang perlu dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga:

a) Keyakinan, nilai dan perilaku keluarga

Keyakinan, nilai dan perilaku keluarga yang perlu dikaji antara lain: nilai yang diberlakukan keluarga terhadap kesehatan serta promosi kesehatan dan cara pencegahan, kekonsistenan antara nilai kesehatan keluarga dan perilaku kesehatan, aktivitas promosi kesehatan keluarga yang diikuti secara teratur dan tujuan kesehatan keluarga.

b) Definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga

Definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga yang perlu dikaji antara lain: pengetahuan keluarga mendefinisikan sehat dan sakit untuk masing-masing anggota keluarga, kemampuan keluarga mengamati dan melaporkan gejala serta perubahan yang signifikan, sumber informasi dan saran kesehatan anggota keluarga.

c) Status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga

Status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga yang perlu dikaji antara lain: kemampuan keluarga menilai status kesehatan saat ini, masalah kesehatan yang saat ini teridentifikasi oleh keluarga, keseriusan masalah kesehatan yang dirasakan anggota keluarga sehingga mereka merasa rentan, persepsi keluarga mengenai seberapa besar pengendalian mereka terhadap kesehatan dengan melakukan tindakan kesehatan yang tepat.

d) Praktik diit keluarga

Praktik diit keluarga yang perlu dikaji antara lain: pengetahuan keluarga tentang sumber makanan dari Piramida Pedoman Makanan, keadekuatan diit keluarga (catatan riwayat makanan pola makan keluarga tiga hari dianjurkan), yang bertanggung jawab merencanakan serta berbelanja dan menyiapkan makanan, cara pengolahan makanan dan banyaknya makanan yang dikonsumsi perhari.

e) Kebiasaan tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur dan istirahat yang perlu dikaji antara lain: kebiasaan tidur anggota keluarga, pemenuhan kebutuhan tidur anggota keluarga yang sesuai dengan usia dan status kesehatan, cara istirahat anggota keluarga pada waktu siang hari, tempat anggota keluarga tidur.

f) Aktivitas dan rekreasi fisik

Aktivitas dan rekreasi fisik yang perlu dikaji antara lain: kesadaran anggota keluarga bahwa rekreasi aktif dan latihan aerobik teratur diperlukan agar kesehatan baik, jenis rekreasi dan aktivitas fisik yang diikuti anggota keluarga (misal: jogging, bersepeda, berenang, tenis), aktivitas rekreasi/waktu luang subsistem keluarga (orang tua, anak, dan sibling) dan seberapa sering aktifitas ini serta siapa saja yang ikut serta dalam aktivitas tersebut, keyakinan keluarga mengenai hubungan aktivitas fisik dengan kesehatan, gali perasaan anggota keluarga tentang aktivitas waktu luang/rekreasi keluarga (kepuasan dengan waktu yang dihabiskan dan tipe aktivitas).

g) Praktik obat terapeutik dan penenang, alcohol, dan tembakau dalam keluarga

Praktik obat terapeutik dan penenang, alcohol, dan tembakau dalam keluarga yang perlu dikaji antara lain: penggunaan alcohol, tembakau, kopi, atau teh dalam keluarga, apakah ada anggota keluarga yang meminum obat penenang, lamanya anggota keluarga telah menggunakan alcohol atau obat-obatan penenang lainnya.

h) Peran keluarga dalam perawatan diri

Peran keluarga dalam perawatan diri yang perlu dikaji antara lain: tindakan yang dilakukan keluarga untuk memperbaiki status kesehatan, cara yang dilakukan keluarga untuk mencegah sakit/penyakit,

pemimpin kesehatan dalam keluarga dan yang mengambil keputusan dalam keluarga, tindakan yang dilakukan keluarga untuk merawat masalah kesehatan dan penyakit di rumah, kompeten keluarga dalam perawatan diri terkait dengan pengenalan tanda dan gejala serta diagnosis dan terapi umum dirumah mengenai masalah kesehatan sedehana, nilai dan sikap serta keyakinan keluarga mengenai perawatan dirumah.

i) Praktik lingkungan dan hygiene

Praktik lingkungan dan hygiene tercakup di dalam data lingkungan keluarga.

j) Tindakan pencegahan berbasis medis

Tindakan pencegahan berbasis medis yang perlu dikaji antara lain: riwayat dan perasaan keluarga tentang menjalankan pemeriksaan fisik saat sehat.

k) Terapi komplementer dan alternatif

Terapi komplementer dan alternatif yang perlu dikaji antara lain: praktik perawatan kesehatan alternatif yang digunakan anggota keluarga, keterlibatan anggota keluarga dalam praktik perawatan kesehatan dan alasan anggota keluarga melakukan praktik, keuntungan kesehatan bagi anggota keluarga dalam praktik ini, koordinasi dengan layanan berbasis medis lain.

l) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji antara lain: kesehatan semua anggota keluarga asli dan pernikahan (kakek nenek, orang tua, bibi, paman, saudara kandung dan anak-anak) selama 3 generasi, riwayat penyakit genetik atau keluarga di masa lalu (diabetes, penyakit jantung, hipertensi, stroke, kanker, asam urat, penyakit ginjal, penyakit tiroid, asma dan status alergi lain, penyakit keluarga lainnya).

m) Pelayanan kesehatan yang diperoleh

Pelayanan kesehatan yang diperoleh yang perlu dikaji antara lain: tempat anggota keluarga memperoleh praktisi perawatan kesehatan atau lembaga perawatan kesehatan, pemenuhan pelayanan kesehatan terhadap pemeriksaan semua anggota keluarga.

n) Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan

Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan yang perlu dikaji antara lain: perasaan dan persepsi keluarga mengenai layanan kesehatan yang diperoleh, pengalaman keluarga yang lalu dengan layanan keperawatan kesehatan keluarga, sikap dan harapan keluarga.

o) Layanan kesehatan darurat

Layanan kesehatan darurat yang perlu dikaji antara lain: lembaga atau dokter tempat keluarga memperoleh perawatan tersebut sudah memiliki layanan darurat atau belum memiliki layanan darurat, cara keluarga menghubungi ambulans dan layanan para medis.

p) Sumber pembayaran

Sumber pembayaran yang perlu dikaji antara lain: cara keluarga membayar layanan yang diperoleh, asuransi kesehatan yang dimiliki keluarga, layanan gratis yang dimiliki keluarga, pengaruh biaya perawatan kesehatan pada pemanfaatan layanan kesehatan keluarga.

q) Logistik perawatan yang diperoleh

Logistik perawatan yang diperoleh yang perlu dikaji antara lain: jarak fasilitas perawatan kesehatan dari rumah tangga, model transportasi yang digunakan keluarga untuk sampai ke fasilitas perawatan kesehatan dan masalah jam layanan dan waktu perjalanan fasilitas perawatan kesehatan jika keluarga harus bergantung pada transportasi umum.

4) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi keluarga yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak, rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

5) Fungsi Ekonomi

Sejauh mana keluarga memenuhi sandang, pangan, papan dan sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

f. Stres dan Koping

1) Stressor jangka pendek dan panjang

- a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.
- b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

3) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Strategi adaptasi disfungsional yang di gunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

g. Harapan keluarga

Bagaimana harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang dialaminya.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (*head to toe*).

2. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Diagnosa keperawatan harus betul-betul akurat, sebab ini akan menjadi patokan dalam melaksanakan tindakan keperawatan (Asmadi, 2008).

Menurut Padila (2012) diagnosa yang muncul pada penyakit hipertensi, yaitu:

- a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung
- b. Nyeri akut
- c. Manajemen terapeutik inefektif
- d. Intoleransi aktifitas

3. Intervensi

a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung

Tujuan umum: setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 45 menit, diharapkan penurunan curah jantung teratasi.

Tujuan khusus:

- 1) Klien mengetahui tentang penyakit hipertensi
- 2) Klien mampu mengambil tindakan untuk ke pelayanan kesehatan.

Intervensi:

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang penyakit hipertensi
Rasional: mengetahui sejauh mana pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit jantung.
- 2) Berikan informasi pada keluarga mengenai: pengertian, tanda-tanda, penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi.
Rasional: memberikan informasi dan persepsi tentang penyakit yang dialami klien.
- 3) Motivasi keluarga untuk mengenal dan mencari informasi tentang penyakit hipertensi
Rasional: menambah informasi dari berbagai sumber mengenai penyakit hipertensi.
- 4) Ajarkan keluarga dan klien untuk mencegah terjadinya hipertensi
Rasional: agar klien dan keluarga mampu mencegah terjadinya hipertensi dan komplikasinya.
- 5) Anjurkan keluarga atau klien untuk mengulang yang telah diberikan
Rasional: mampu membantu daya ingat keluarga atau klien tentang penyakit Hipertensi.
- 6) Memberikan reinforcement yang positif
Rasional: memberikan kepuasan dan reward untuk klien atau keluarga yang mampu mengulang dengan baik.

b. Nyeri akut

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan sebanyak 5 x 45 menit, diharapkan nyeri berkurang bahkan hilang.

Tujuan khusus:

- 1) Keluarga dan klien mengetahui tentang nyeri.
- 2) Keluarga dan klien mengetahui macam-macam manajemen nyeri.

- 3) Keluarga dan klien mampu menggunakan manajemen nyeri jika nyeri terjadi.

Intervensi:

- 1) Mengkaji pengetahuan keluarga dan klien tentang nyeri
Rasional: mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga dan klien tentang nyeri.
- 2) Berdiskusi tentang keluarga dan klien tentang nyeri yang dialami
Rasional: agar penanganan untuk nyeri tepat.
- 3) Mengajarkan cara alternatif untuk mencegah dan mengatasi nyeri pada penyakit hipertensi.
Rasional: untuk meminimalkan risiko yang terjadi jika tidak segera ditangani.
- 4) Jelaskan keuntungan dan kerugian dari dilakukannya tindakan keperawatan secara dini
Rasional: agar keluarga mengetahui risiko terburuk yang akan terjadi jika tidak cepat mengambil keputusan.
- 5) Memberikan kesempatan keluarga untuk mengambil keputusan untuk mengatasi nyeri

c. Manajemen terapeutik inefektif

Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 45 menit, diharapkan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Tujuan khusus:

- 1) Keluarga dan klien mengetahui tentang pentingnya pengobatan rutin
- 2) Keluarga dan klien mengetahui tentang efek obat yang dikonsumsi.
- 3) Keluarga dan klien mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
- 4) Keluarga dan klien mampu mengambil keputusan untuk kontrol.

Intervensi:

- 1) Kaji pengetahuan klien dan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang ada.
Rasional: Mengetahui dimana saja klien dan keluarga berobat.
- 2) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang pentingnya fasilitas kesehatan.
Rasional: Agar keluarga tahu tentang pentingnya fasilitas kesehatan .

- 3) Motivasi klien dan keluarga untuk menggunakan fasilitas kesehatan
Rasional: Untuk meningkatkan kesehatan klien
- 4) Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya.
Rasional: Memberi kesempatan klien untuk mengetahui yang belum paham.
- 5) Berikan pujian positif untuk klien atau keluarga.
Rasional: Memotivasi agar keluarga mampu dan mau melakukan anjuran dari mahasiswa.

d. Intoleransi aktivitas

Tujuan umum: setelah dilakukan kunjungan sebanyak 5 x 45 menit, diharapkan klien toleransi terhadap aktivitas.

Tujuan khusus:

- 1) Keluarga dan klien mengetahui tentang aktivitas.
- 2) Keluarga dan klien mampu mengetahui keuntungan dan kerugian aktivitas yang dilakukan.
- 3) Keluarga dan klien mampu mengambil keputusan untuk melakukan aktivitas yang dianjurkan/diperbolehkan.

Intervensi:

- 1) Validasi pengetahuan keluarga dan klien tentang aktivitas
Rasional: mengetahui pengetahuan keluarga dan klien tentang aktivitas dan batasan aktivitas.
- 2) Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang pengertian aktivitas dan aktivitas yang diperbolehkan / tidak diperbolehkan.
Rasional: untuk membatasi aktivitas yang harus dilakukan klien dengan sakit hipertensi.
- 3) Anjurkan agar keluarga membatasi aktivitas untuk klien, dan membantu agar aktivitas yang dirasa berat untuk klien.
Rasional: menghindari dari komplikasi yang terjadi dari aktivitas yang berat untuk klien.
- 4) Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang aktivitas yang boleh dilakukan untuk klien dengan penyakit hipertensi.
Rasional: agar klien mengetahui aktivitas yang boleh dan tidak boleh dilakukan.

- 5) Anjurkan atau minta klien untuk mengulang yang telah diajarkan.
Rasional: membantu daya ingat klien tentang aktivitas yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan.
- 6) Beri kesempatan klien untuk bertanya
Rasional: menjelaskan yang belum diketahui atau belum dipahami klien atau keluarga.
- 7) Berikan pujian positif
Rasional: memotivasi agar keluarga mampu dan mau melakukan anjuran dari mahasiswa.