

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian Hipertensi

Menurut Alpsy S. (2020) meskipun masih dapat dicegah hipertensi merupakan faktor risiko fatal yang dapat menyebabkan penyakit kardiovaskular yang sebagian besar berakhir pada kematian. Tekanan darah yang optimal berada pada 120/80 mmHg. Hipertensi menjadi faktor risiko utama penyakit kardiovaskular yang dapat berasal dari kombinasi faktor genetik, lingkungan, dan penentu sosial. Sesuai dengan sebagian besar pedoman utama, seseorang didiagnosis hipertensi ketika tekanan darah sistolik seseorang di fasilitas kesehatan atau klinik 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik 90 mm Hg setelah pemeriksaan berulang (Al-Makki, et al. 2021). Model Perawatan penyakit kronis dengan kemitraan kolaboratif antara pasien, penyedia layanan kesehatan, dan sistem kesehatan, menggabungkan pendekatan berjenjang untuk pengendalian hipertensi.

2. Tanda dan Gejala Hipertensi

Beberapa tanda dan gejala penyintas hipertensi menurut Unger, T. et al (2020) diantaranya adalah nyeri dada, sesak napas, palpitasi, klaudikasio, edema perifer, sakit kepala, penglihatan kabur, nokturia, hematuria, dan pusing. Pada tahap awal, hipertensi pada kebanyakan

pasien tidak ada keluhan, bila simtomatik maka menurut (Setiati et al, 2014: 1266) hipertensi dapat diidentifikasi karena adanya tanda:

- a. Peninggian tekanan darah, gejala seperti berdebar-debar, rasa melayang (*dizzy*) dan impoten
- b. Penyakit jantung atau hipertensi vaskular seperti, cepat capek, sesak nafas, sakit dada (iskemia miokard), dan bengkak kedua kaki atau perut. Gangguan lainnya yang mungkin muncul adalah mepistaksis, hematuria, dan pandangan kabur karena perdarahan di retina
- c. Pada hipertensi sekunder seperti, polidipsi, polyuria, dan kelemahan otot pada aldosteronisme, serta peningkatan berat badan dengan emosi yang labil pada sindrom cushin.

3. Klasifikasi Hipertensi

Sesuai dengan sebagian besar pedoman utama penanganan hipertensi, seseorang didiagnosis hipertensi ketika tekanan darah sistolik saat pemeriksaan 140 mm Hg dan/atau tekanan darah diastolik diatas 90 mm Hg setelah pemeriksaan berulang (Unger, T. et .al 2020). Tabel 1 memberikan klasifikasi tekanan darah berdasarkan pengukuran tekanan darah di fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan Tabel 2 memberikan nilai tekanan darah rawat jalan dan perawatan di rumah yang digunakan untuk menegakkan diagnosis hipertensi; definisi ini berlaku untuk semua orang dewasa (>18 tahun). Kategori tekanan darah ini dirancang untuk menyelaraskan pendekatan terapeutik dengan tingkat tekanan darah.

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Pemeriksaan Tekanan Darah di Klinik/ Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	<130	dan	<85
Normal cenderung tinggi	130-139	dan/ atau	85-89
Hipertensi <i>grade</i> 1	140-159	dan/ atau	90-99
Hipertensi <i>grade</i> 2	≥ 160	dan/ atau	≥ 100

Sumber: Unger, T. et .al (2020)

Tabel 2. Kriteria Hipertensi Berdasarkan Pengukuran Tekanan Darah dengan Metode *Ambulatory blood pressure monitoring* (ABPM), dan Metode Pengukuran Tekanan Darah di Rumah/ *Home Blood Pressure Monitoring* (HBPM)

Metode Pengukuran	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
ABPM			
Rata-rata per 24 jam	≥ 130	dan/ atau	≥ 80
Setelah bangun tidur	≥ 135	dan/ atau	≥ 85
Saat akan tidur	≥ 120	dan/ atau	≥ 70
HBPM	≥ 135	dan/ atau	≥ 85

Sumber: Unger, T. et .al (2020)

4. Faktor Risiko Hipertensi

Beberapa faktor risiko seseorang mengalami hipertensi menurut Unger, T. et .al (2020) diantaranya adalah riwayat pribadi penyakit kardiovaskuler (infark miokard, gagal jantung, stroke, serangan iskemik transien, diabetes, dislipidemia, penyakit ginjal kronis (CKD), status merokok, diet, asupan alkohol, aktivitas fisik, aspek psikososial, riwayat depresi, riwayat keluarga dengan hipertensi, penyakit kardiovaskuler prematur, hiperkolesterolemia, dan diabetes. Berdasarkan hasil penelitian dari *Non Communicable Disease Risk Factor Collaboration* (2017) menunjukkan bahwa lebih dari 50% pasien hipertensi memiliki faktor risiko kardiovaskular tambahan. Faktor risiko tambahan yang paling umum terjadi menurut (Arnett, D. K et al., 2019) adalah diabetes (15%-

20%), gangguan lipid berupa peningkatan *low density lipoprotein-cholesterol* (LDL-C) dan trigliserida (30%), kelebihan berat badan-obesitas (40%), hiperurisemia (25%) dan sindrom metabolik (40%), serta kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat (misalnya, merokok, asupan alkohol yang tinggi, gaya hidup yang tidak banyak bergerak). Adanya satu atau lebih faktor risiko kardiovaskular tambahan secara proporsional meningkatkan risiko penyakit koroner, serebrovaskular, dan ginjal pada pasien hipertensi. Secara garis besar faktor risiko hipertensi dikelompokkan sebagai berikut:

a. Faktor risiko hipertensi yang dapat dimodifikasi

Meskipun faktor genetik terhadap kejadian hipertensi tidak dapat dimodifikasi dan diturunkan seumur hidup, namun risiko hipertensi dapat dimodifikasi dan sebagian besar dapat dicegah karena dipengaruhi oleh faktor lingkungan atau gaya hidup. Hal yang paling penting dari faktor lingkungan atau gaya hidup ini menurut Whelton, P. et al. (2018) adalah kenaikan berat badan yang mengarah ke kelebihan berat badan atau obesitas, diet tidak sehat, diet natrium yang berlebihan, dan kadar kalium yang kurang dari kebutuhan tubuh, aktivitas fisik yang tidak mencukupi, dan konsumsi alkohol.

Berdasarkan penelitian Muntner, P (2018) hanya sebagian kecil orang dewasa yang mau untuk mengubah gaya hidup mereka setelah didiagnosis menderita penyakit hipertensi sehingga berakhir pada kondisi sakit yang semakin parah. Memodifikasi gaya hidup pasien

dengan hipertensi merupakan sebuah tantangan besar (Mills, K. T, et al. 2018).

Mengonsumsi makanan sehat terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada penyintas hipertensi. Pendekatan diet melalui rencana *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah (Josiah Willock, et al. 2018). Implementasi rencana DASH adalah konsumsi jenis makanan yang kaya akan buah-buahan, sayuran, biji-bijian, kacang-kacangan, protein rendah lemak, dan produk susu rendah lemak, mengurangi konsumsi gula rafinasi, lemak jenuh, dan kolesterol (Jackson, S. L et al, 2018). Kombinasi asupan natrium rendah dan diet DASH mengurangi tekanan darah jauh lebih efektif dibandingkan dengan pembatasan natrium atau diet DASH saja. Baik diet DASH maupun pengurangan natrium, oleh karena itu, direkomendasikan pada orang dewasa dengan peningkatan tekanan darah dan hipertensi.

Natrium adalah nutrisi penting dan merupakan kebutuhan nutrisi untuk semua manusia. Asupan natrium yang berlebihan merupakan salah satu faktor penentu penting dari risiko terjadinya hipertensi. Hasil penelitian secara *cross-sectional* dan penelitian prospektif melalui studi kohort membuktikan asupan natrium berkorelasi positif dengan tekanan darah dan menyumbang secara substansial seiring dengan peningkatan usia terhadap tekanan darah. Studi pemodelan menunjukkan bahwa usaha untuk mengurangi

sebagian kecil asupan natrium pada suatu populasi dapat mencegah ribuan kematian yang disebabkan oleh hipertensi dan berbagai komplikasinya (misalnya, penyakit jantung dan stroke) serta dapat menghemat miliaran dolar dalam biaya perawatan kesehatan setiap tahun di Amerika.

Penelitian membuktikan bahwa dengan meningkatkan asupan kalium dapat menurunkan tekanan darah pada kalangan dewasa dengan hipertensi, terutama kalangan dewasa yang berkulit hitam, memiliki usia lebih tua, atau mengonsumsi natrium makanan. Karena efeknya yang menurunkan tekanan darah, peningkatan asupan kalium diharapkan dapat mencegah kejadian penyakit kardiovaskuler atau CVD. Usaha untuk meningkatkan asupan kalium dapat dilakukan baik dengan menambah asupan kalium dalam menu makan atau dengan menggunakan suplemen kalium. Memenuhi kebutuhan asupan kalium dengan metode diet DASH pada setiap konsumsi harian yang direkomendasikan adalah sebesar 4.700 mg untuk setiap asupan 2.000 kalori.

Studi dengan metode observasional secara konsisten menunjukkan efek dari aktivitas fisik dapat mencegah hipertensi dan dapat mengendalikan tekanan darah pada penyintas hipertensi. Bahkan seseorang yang beraktivitas fisik tingkat sedang dapat berhubungan dengan pengurangan risiko terjadinya hipertensi. Sebuah penelitian dengan *random sampling* menunjukkan bahwa bentuk terbaik dari

aktivitas fisik yang memberikan manfaat penurunan tekanan darah adalah latihan aerobik (dapat menurunkan tekanan darah 5 mm Hg hingga 7 mm Hg), tetapi latihan resistensi dinamis dan isometrik juga terbukti efektif dapat menurunkan tekanan darah 4 mm Hg hingga 5 mm Hg. Mekanisme aktivitas fisik dalam mencegah hipertensi tidak jelas tetapi mungkin termasuk penurunan curah jantung, penurunan saraf simpatis. Mekanisme aktivitas fisik dalam mencegah hipertensi tidak jelas tetapi mungkin termasuk penurunan curah jantung, penurunan sistem saraf simpatik dan aktivitas sistem renin-angiotensin, penurunan resistensi pembuluh darah perifer total, resistensi insulin, dan meningkatkan fungsi endotel.

Kegemukan (berat badan berlebih) dan obesitas dalam studi di berbagai populasi menunjukkan adanya hubungan linier antara indeks massa tubuh (IMT) dengan tekanan darah (Jayedi, A. et al., 2018). Risiko hipertensi meningkat seiring dengan meningkatnya pengukuran antropomorfik (lingkar lengan atas, lingkar pinggang, rasio pinggang-pinggul, dan rasio pinggang-tinggi badan) secara paralel dengan IMT. Sebanyak 40% orang dewasa dengan hipertensi di Amerika Serikat mengalami obesitas ($BMI >30 \text{ kg/m}^2$), dan lebih sepertiga dari populasi obesitas memiliki hipertensi ($SBP/DBP > 140/90 \text{ mmHg}$ atau menjalani pengobatan dengan obat antihipertensi. Studi klinis telah berulang kali menunjukkan bahwa penurunan berat badan mengurangi risiko hipertensi dan tekanan darah pada orang

dewasa dengan hipertensi. Seseorang yang bertempat tinggal di lingkungan yang paling miskin secara ekonomi memiliki peluang lebih besar untuk memiliki tekanan darah tinggi.

b. Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat dimodifikasi

Hipertensi terjadi sebagai akibat dari kelainan poligenik kompleks di mana banyak gen dan/atau kombinasi dari gen terbukti dapat mempengaruhi tekanan darah seseorang (Wei, F. F. et al. 2018). Hubungan faktor genetik yang secara umum mempengaruhi tekanan darah telah diidentifikasi di lebih dari 300 lokus genetik independen. Namun, faktor genetik biasanya memiliki efek peningkatan tekanan darah hanya sebesar 1,0 mm Hg tekanan darah sistolik dan 0,5 mm Hg tekanan darah diastolik per alel.

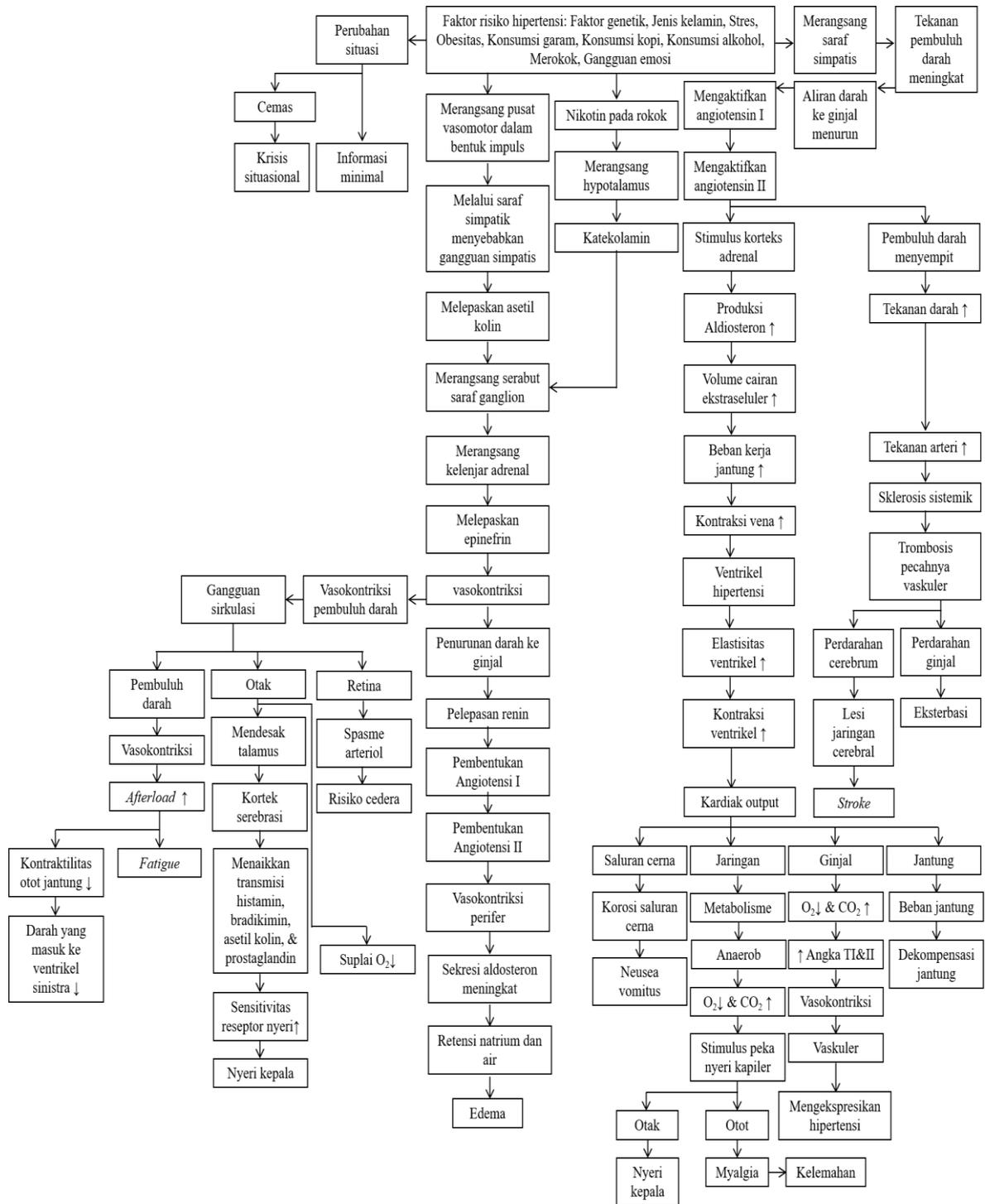
5. Patofisiologi Hipertensi

Kemungkinan penyebab patofisiologi hipertensi diantaranya adalah peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik, berasal dari paparan yang meningkat atau respons terhadap stres psikososial, kelebihan produksi hormon penahan natrium dan vasokonstriktor, asupan natrium tinggi jangka panjang, asupan diet potasium dan kalsium yang tidak memadai, sekresi renin yang meningkat atau tidak sesuai dengan hasil peningkatan produksi angiotensin II dan aldosteron, defisiensi vasodilator (seperti prostasiklin, oksida nitrat, peptida natriuretik, dan/atau berbagai peptida vasodilator lainnya misalnya, peptida angiotensin), kalsitopeptida terkait gen, substansi P, dan/atau adrenomedullin, perubahan ekspresi sistem

kalikrein-kinin, abnormalitas pembuluh darah resistensi, termasuk lesi selektif pada mikrovaskuler ginjal orang tua, diabetes mellitus; resistensi insulin; obesitas/kelebihan berat badan; dan peningkatan aktivitas refaktor pertumbuhan vaskular terlambat, perubahan reseptor adrenergik yang mempengaruhi denyut jantung, sifat inotropik dari jantung, tonus pembuluh darah; dan transpor ion seluler yang berubah.

Predisposisi untuk hipertensi sebenarnya adalah idiopatik, atau dapat dikatakan bahwa hipertensi esensial berasal dari poligenik. Proses penyakit hipertensi dapat ditemukan ketika faktor genetik berkombinasi dengan faktor perilaku termasuk obesitas, penurunan tingkat aktivitas fisik, peningkatan tingkat stres, konsumsi alkohol, diet tinggi natrium, atau diet rendah kalium, kalsium, dan magnesium. Pada dasarnya, hipertensi menyumbang lebih dari 95% kasus dan pir disebabkan oleh interaksi multifaktor antara kecenderungan genetik dan faktor perilaku yang disebutkan sebelumnya. Interaksi kompleks ini tampaknya memengaruhi level natrium dan katekolamin, sistem renin-angiotensin, insulin, dan membran sel fungsi bran, yang semuanya mengarah pada peningkatan tekanan darah. Penyebab hipertensi yang lebih umum menurut Dominiczak, A. F., & Kuo, D. (2018) yang dapat dideteksi adalah sebagai berikut: penyakit ginjal kronis (2% -5%), penyakit renovaskular (0,2% - 0,7%), sindrom cushing (0,1%-0,6%), feokromositoma (0,04%-0,1%), dan hiperaldosteronisme primer (0,01%–0,30%).

Gambar 1. Pathway Hipertensi



Sumber: Wei, F. F., Zhang, Z. Y., Huang, Q. F., & Staessen, J. A. (2018)

6. Manifestasi Klinis Hipertensi

Manifestasi klinis pada saat tahap awal hipertensi biasanya adalah asimtomatik, hanya ditandai dengan kenaikan tekanan darah. Kenaikan tekanan darah pada awalnya sementara tetapi menjadi permanen. Ketika gejala muncul, biasanya samar. Sakit kepala, biasanya ditengkuk dan leher, dapat muncul saat terbangun, yang berkurang selama siang hari. Gejala lain terjadi akibat kerusakan organ target dan dapat mencakup nokturia, bingung mual dan muntah, gangguan penglihatan. Pemeriksaan retina mata dapat menunjukkan penyempitan arteriolar, hemoragi, eksudat, dan papilledema (LeMone et al, 2016: 1268).

7. Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah tinggi adalah faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular (CVD), dan hipertensi menempati urutan pertama sebagai penyebab kecacatan seiring dengan usia yang semakin menua di seluruh dunia. Kontrol tekanan darah yang kurang optimal merupakan faktor risiko paling umum untuk CVD dan penyakit serebrovaskular, termasuk stroke hemoragik (58%) dan iskemik (50%), penyakit jantung (55%), dan bentuk lain dari CVD (58%), termasuk gagal jantung dan perifer penyakit arteri.

Studi epidemiologi skala besar telah memberikan bukti definitif bahwa tekanan darah tinggi, pada seluruh lapisan usia dan pada kedua jenis kelamin, menunjukkan hubungan dengan terjadinya risiko stroke fatal dan stroke nonfatal, penyakit jantung iskemik, gagal jantung, serta

penyakit pembuluh darah nonkardiak. Dengan mengabaikan faktor heterogenitas karena perbedaan etnis, turun ke batas BP 115/75 mm Hg. Setiap peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 20 mm Hg atau setiap peningkatan tekanan darah diastolik 10 mm Hg tekanan darah berhubungan dengan dua kali lipat risiko terjadinya penyakit kardiovaskular yang fatal. Selain itu, hipertensi merupakan penyebab utama penyakit ginjal kronis, perkembangan penyakit ginjal, dan penyakit ginjal stadium akhir, serta demensia karena penyakit pembuluh darah kecil otak.

Berdasarkan hasil dari *Framingham Heart Study* menunjukkan bahwa ada peningkatan dua kali lipat dalam relatif risiko penyakit kardiovaskular pada pasien "prehipertensi" bila dibandingkan dengan mereka yang memiliki tekanan darah normal. Dalam *Seventh Joint National Committee* (JNC 7), prahipertensi digambarkan memiliki rentang tekanan darah 130-139/85-89 mmHg. Risiko penyakit kardiovaskular mulai meningkat seiring tekanan darah yang naik di atas 115/75 mmHg, di mana, dengan setiap 20 mmHg peningkatan sistolik tekanan darah atau peningkatan 10 mmHg tekanan darah diastolik dua kali lipat risiko stroke, penyakit jantung iskemik, atau kematian akibat vaskular lainnya. Hipertensi berkembang pada 30-40% individu prehipertensi dalam 2-4 tahun.

8. Penegakan Diagnosis Hipertensi

Investigasi tambahan bila diindikasikan dapat dilakukan untuk menilai dan mengkonfirmasi kecurigaan kerusakan organ yang diperantarai oleh hipertensi, penyakit yang menyertai atau/dan hipertensi sekunder menurut Wei, F. F., Zhang, Z. Y., Huang, Q. F., & Staessen, J. A. (2018) adalah:

a. Teknik Pencitraan (*Imaging diagnostic*)

- 1) Ekokardiografi: LVH, disfungsi sistolik/diastolik, dilatasi atrium, koarktasio aorta.
- 2) Ultrasonografi karotis: Plak (aterosklerosis), stenosis.
- 3) Pencitraan ginjal/arteri ginjal dan adrenal: Dupleks ultrasonografi/arteri ginjal;
- 4) CT-/MR-angiografi: penyakit parenkim ginjal, stenosis arteri ginjal, lesi adrenal, patologi abdomen lainnya.
- 5) Fundoskopi: Perubahan retina, perdarahan, edema papil, tortuositas, nipping.
- 6) CT/MRI otak: otak iskemik atau hemoragik cedera akibat hipertensi.

b. Tes Fungsional dan Pemeriksaan Laboratorium Tambahan

- 1) Ankle-brachial index: Penyakit arteri perifer (ekstremitas bawah).
- 2) Pengujian lebih lanjut jika dicurigai hipertensi sekunder: Rasio aldosteron-renin, meta-nefrin bebas plasma, kortisol saliva larut malam atau pemeriksaan lainnya, tes untuk kelebihan kortisol.

- 3) Rasio albumin/kreatinin urin
- 4) Tes kadar asam urat (s-UA) serum
- 5) Tes fungsi hati

Pasien hipertensi dievaluasi mengenai adanya penyebab hipertensi yang diidentifikasi, factor resiko kardiovaskuler, dan atau ada tidaknya kerusakan organ target (jantung, otak, ginjal, sistem vaskuler perifer, dan retina mata), sebelum pengobatan dimulai, pemeriksaan diagnostik berikut dilakukan menurut LeMone et al. (2016) adalah:

- a. Elektrokardiogram (EKG)
 - b. Urinalisis
 - c. Glukosa Darah
 - d. Hematokrit
 - e. Kalium, Kreatinin, dan Kalsium Serum
 - f. Kolesterol dan lipoprotein, termasuk HDL, LDL, dan trigliserida
9. Penatalaksanaan Hipertensi

Pencegahan dan pengendalian hipertensi dapat dicapai dengan menerapkan target dan/atau strategi berbasis keluarga. Pendekatan yang ditargetkan adalah strategi tradisional yang digunakan dalam kesehatan praktik keperawatan dan berusaha untuk mencapai pengurangan tekanan darah yang penting secara klinis untuk individu dengan tekanan darah melebihi batas normal. Pendekatan yang ditargetkan digunakan dalam pengelolaan pasien dengan hipertensi, tetapi pendekatan yang sama terbukti baik sebagai strategi yang efektif untuk pencegahan hipertensi

pada mereka yang berisiko tinggi terkena hipertensi (Jones, N. R et al., 2020). Strategi berbasis keluarga berasal dari kontrol lingkungan massa kesehatan masyarakat (73). Ini bertujuan untuk mencapai pengurangan tekanan darah yang lebih kecil yang diterapkan ke seluruh populasi, menghasilkan pergeseran ke bawah kecil di seluruh distribusi tekanan darah (Geldsetzer, P. et al., 2019).

Non Communicable Disease Risk Factor Collaboration (2019) menyebutkan bahwa daya tarik dari pendekatan berbasis keluarga adalah bahwa metode tersebut dapat memberikan potensi yang lebih besar untuk mencegah penyakit hipertensi dan kardiovaskuler atau CVD lainnya dibandingkan dengan yang strategi lain. Temuan ini didasarkan pada prinsip bahwa sejumlah besar orang dengan hipertensi untuk mengurangi risiko mengalami komplikasi penyakit kardiovaskuler atau CVD dapat menghasilkan lebih banyak kasus daripada sejumlah kecil orang terkena peningkatan risiko yang besar (75). Misalnya, populasi umum penurunan DBP dari sedikit 2 mm Hg diharapkan menghasilkan penurunan 17% dalam kejadian hipertensi, penurunan risiko stroke sebesar 14%, dan penurunan risiko koroner sebesar 6% penyakit jantung (77). Karena mereka menggunakan intervensi yang sama, target dan populasi strategi berbasis saling melengkapi dan saling memperkuat.

Hasil analisis regresi linier berganda oleh Zhang, X. N. et al. (2020) menunjukkan bahwa kesejahteraan, fungsi keluarga, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan usia merupakan faktor individu dan lingkungan

sosial yang sangat penting yang mempengaruhi perilaku manajemen diri pada pasien dengan hipertensi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pasien dengan Hipertensi

Asuhan keperawatan keluarga adalah proses kompleks yang menggunakan pendekatan sistematis yang bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Perawat harus dapat mengetahui apa saja tahapan dari proses keperawatan ini agar dapat mempermudah dalam menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien). Tahap-tahap dalam proses keperawatan ini saling bergantung satu sama lainnya dan bersifat dinamis, dan disusun secara sistematis untuk menggambarkan perkembangan dari tahap yang satu ke tahap yang lain. Tahapan ini meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Rkt,2019). Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan, agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode wawancara keluarga, observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga dan data sekunder. Hal-hal yang perlu dikaji dalam keluarga adalah :

a. Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga
 - 2) Alamat dan telepon
 - 3) Pekerjaan kepala keluarga
 - 4) Pendidikan kepala keluarga
 - 5) Komposisi keluarga dan genogram
 - 6) Tipe keluarga
 - 7) Suku bangsa
 - 8) Agama
 - 9) Status sosial ekonomi keluarga
 - 10) Aktifitas rekreasi keluarga
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga meliputi :
- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
 - 2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
 - 3) Riwayat keluarga inti yaitu menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman-pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

- 4) Riwayat keluarga sebelumnya yaitu dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
- 3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
- 4) Sistem pendukung keluarga

d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.
- 2) Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- 3) Struktur peran yaitu menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga :

- 1) Fungsi afèktif, yaitu perlu dikaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, bagaimana kehangatan tercipta pada

- anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- 2) Fungsi sosialisai, yaitu perlu mengkaji bagaimana berinteraksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.
 - 3) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlu dukungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.
 - 4) Pemenuhan tugas keluarga. Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengenal, mengambil keputusan dalam tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

f. Stres dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari lima bulan.

b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stressor

3) Strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi fungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik. Harapan keluarga yang dilakukan pada akhir pengkajian, menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah hipertensi berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia/ SDKI (PPNI, 2017) adalah :

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- b. Gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- c. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- e. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- f. Koping tidak efektif (D.0096) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.
- g. Intoleransi Aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga.

Cara memprioritaskan masalah keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skoring. Komponen dari prioritas masalah keperawatan keluarga adalah kriteria, bobot, dan pembedaan. Kriteria prioritas masalah keperawatan keluarga adalah berikut ini.

Tabel 3. Skoring Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skoring	Bobot
1	Sifat masalah		1
	- tidak/ kurang sehat	3	
	- ancaman kesehatan	2	
	- krisis/ keadaan sejahtera	1	

No	Kriteria	Skoring	Bobot
2	Kemungkinan masalah dapat di ubah		2
	- dengan mudah	2	
	- hanya sebagian	1	
	- tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk di cegah		1
	- tinggi	3	
	- cukup	2	
	- rendah	1	
4	Menonjol masalah		1
	- masalah berat harus segera di tangani	2	
	- ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	
	- masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: Bailon & Maglaya (1989)

Cara menentukan prioritas:

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

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

- c. Jumlah skor untuk semua kriteria
- d. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosis.

Skor tertinggi yang diperoleh adalah diagnosis keperawatan keluarga yang prioritas. Skoring yang dilakukan di tiap-tiap kriteria harus diberikan pembenaran sebagai justifikasi dari skor yang telah

ditentukan oleh perawat, Justifikasi yang diberikan berdasarkan data yang ditemukan dari klien dan keluarga (Kemenkes RI, 2017).

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan mencakup tujuan keperawatan yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga (Kemenkes RI, 2017). Perencanaan keperawatan pada pasien dengan hipertensi dijabarkan dalam tabel 4.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
2.	Gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah.	Respon Verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu mengidentifikasi nyeri 2) Keluarga mampu menyebutkan tindakan nonfarmakologis yang dianjurkan 3) Keluarga mampu memilih tindakan yang dilakukan untuk anggota keluargayang mengalami nyeri. 4) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit 5) dengan pemberian kompresdan terapi relaksasi jika anggota keluarga mengalami nyeri. 6) Klien mampu mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam. 	<p>Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Sediakan materi 3) dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5) berikan 6) kesempatan bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Jelaskan 8) penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri 9) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 10) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
3.	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah	Respon Verbal	1) Klien dan keluarga siap dan mampu menerima informasi 2) Klien dan keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit hipertensi .	Edukasi Proses Penyakit (I.12444) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2) Sediakan materi dan media 3) Pendidikan kesehatan 4) Berikan kesempatan bertanya Edukasi 5) Jelaskan penyebab dan factor resiko penyakit 6) Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit 7) Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit 8) Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 9) Informasikan kondisi klien saat ini.
4.	Manajemen kesehatan keluarga	Setelah dilakukan tindakan	Setelah dilakukan tindakan	Respon Verbal	Klien dan keluarga mampu merawat anggota	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
	tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga.	keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat (L.012105).	keperawatan keluarga dapat merawat anggota keluarga.		keluarga	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan 2) Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga 3) Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 6) Anjurkan menggunakan 7) fasilitas kesehatan yang ada
5.	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan ketidakmampuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu	Respon Verbal	Klien dan keluarga mampu menjelaskan bahaya akibat keyakinan negatif	<p>Dukungan keyakinan (I.09259) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi keyakinan, masalah dan tujuan perawatan <p>Terapeutik</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
	keluarga mengenal masalah.	ansietas menurun (L.09093).	mengenal masalah.			2) Berikan harapan realistis sesuai prognosis Edukasi 3) Jelaskan bahaya atau resiko yang terjadi akibat keyakinan negatif
6	Koping tidak efektif (D.0096) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan status koping keluarga membaik (L.09088)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan keluarga mampu mengambil keputusan	Respon Verbal	Klien dan keluarga paham terkait proses penyakit yang di derita	Promosi Koping (I.09312) Observasi 1) Identifikasi pemahaman proses penyakit 2) Identifikasi penyelesaian masalah Teraupetik 3) Diskusikan perubahan peran yang dialami 4) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 5) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis Edukasi 6) Anjurkan keluarga terlibat 7) Latih penggunaan teknik relaksasi.
7.	Intoleransi	Setelah	Setelah	Respon	Klien mampu	Terapi Aktivitas (I.0518)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan		Kriteria Hasil		Intervensi Keperawatan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
	Aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan.	dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047).	dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Verbal	melakukan aktivitas	<p>Promosi Dukungan Keluarga (I.13488)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi defisit aktivitas 2) Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga 3) Identifikasi tentang situasi, pemicu kejadian, perasaan, dan perilaku klien. <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5) Libatkan keluarga dalam aktivitas 6) Sediakan lingkungan yang nyaman 7) Fasilitasi program perawatan dan pengobatan yang dijalani anggota keluarga 8) Hargai keputusan yang dibutuhkan

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan perencanaan yang sudah disusun dilaksanakan dengan mobilisasi sumber-sumber daya yang ada di keluarga, masyarakat dan pemerintah. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga merupakan tahap keempat dari proses keperawatan keluarga. Pada tahap ini, perawat dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri dan atau melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Keberhasilan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kemampuan perawat, partisipasi klien dan keluarga, serta sarana yang tersedia (Kemenkes, 2017).

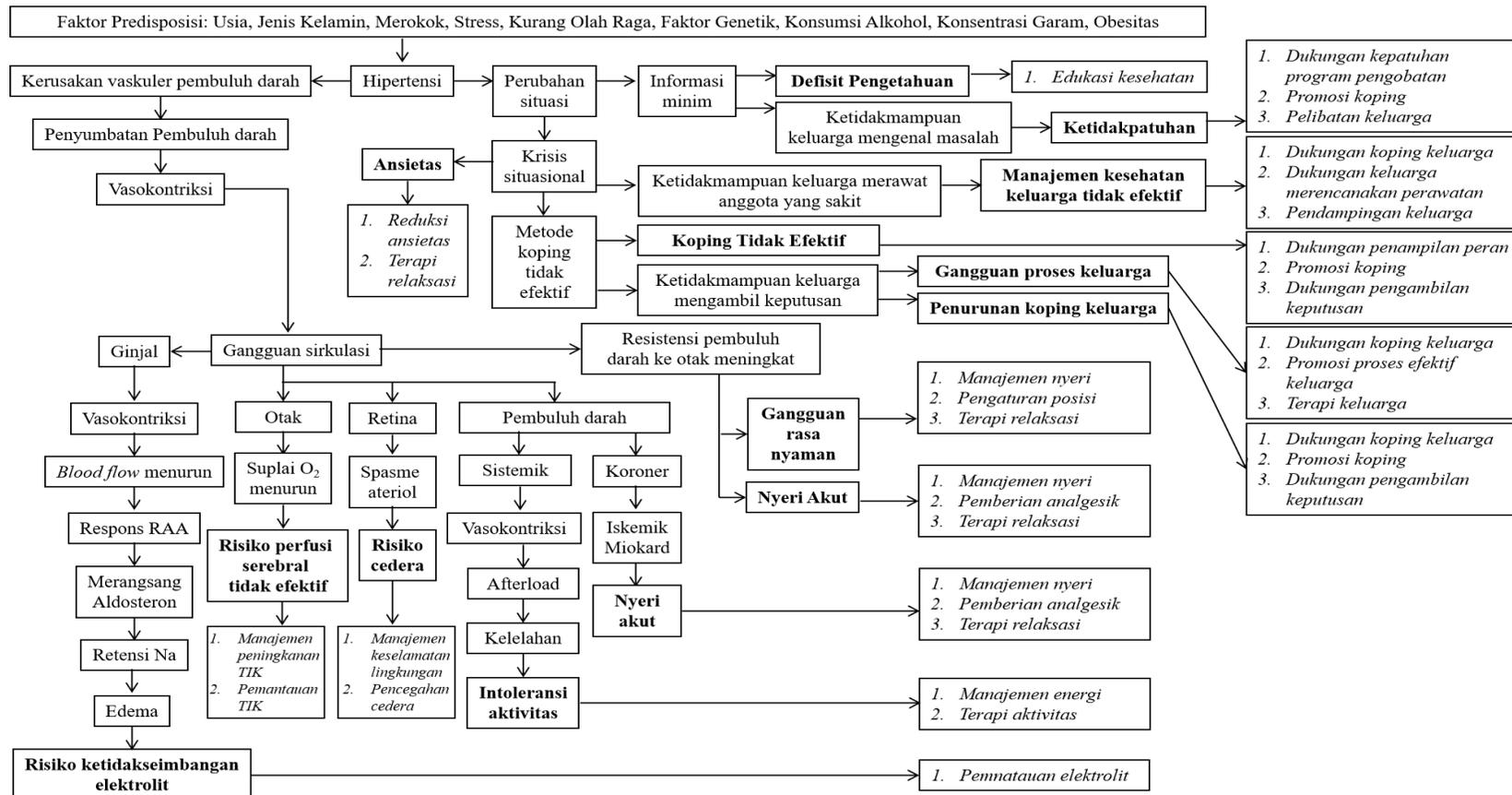
5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Eval (Kemenkes, 2017). Evaluasi *sumatif* adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada tiga kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

C. Web of Causation (WoC)

Gambar 2. Web of Causation (WoC) Hipertensi



Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017); Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

