

- 2) *The dyad family* (keluarga dyad), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak.
- 3) *Single parent* yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 4) *Single adult* yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
- 5) *Extended family* yaitu keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.
- 6) *Middle-aged or elderly couple* yaitu orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anakanaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
- 7) *Kin-network family* yaitu beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barangbarang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.

b. Tipe keluarga nontradisional

- 1) *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *Cohabitating couple* yaitu orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 3) *The stepparent family* yaitu keluarga dengan orang tua tiri
- 4) *Gay and lesbian family* yaitu seorang pasangan yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
- 5) *The nonmarital heterosexual cohabiting family* yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 6) *Foster family* yaitu keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya (Ananda, 2021).

3. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga berpengaruh terhadap peran perkembangan secara unik, namun secara umum seluruh keluarga mengikuti pola yang sama (Friedman,2013)

Perkembangan ini melalui beberapa tahap. Pada setiap tahap memiliki tugas perkembangan dan resiko/masalah kesehatan yang berbedabeda (Harmoko, 2012). Tahap perkembangan kehidupan keluarga dapat dibagi menjadi delapan tahap yaitu:

- a. Tahap I (pasangan keluarga baru/keluarga pemula) : Dimulai saat individu (pria dan wanita) membentuk keluarga melalui perkawinan.
- b. Tahap II (Keluarga anak pertama /child bearing) : Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia dari 30 bulan. Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga.
- c. Tahap III (keluarga dengan anak anak pra-sekolah) : Tahap ini dimulai dari anak pertama berusia 2,5 tahun sampai 5 tahun ini anak tahun. Pada tahap ini anak sudah mengenal kehidupan sosial, bergaul dengan teman sebaya, sangat sensitif terhadap pengaruh lingkungan sangat rawan dalam masalah kesehatan, karena tidak tahu mana yang kotor dan bersih
- d. Tahap IV (keluarga dengan anak usia sekolah) : Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan mulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 12 tahun dimana merupakan awal dari masa remaja.
- e. Tahap V (Keluarga dengan anak remaja) : Tahap ini dimulai sejak usia 13 tahun sampai dengan 20 tahun. Tahap ini adalah tahap yang paling rawan karena anak akan mencari identitasnya dalam membentuk kepribadiannya, menghendaki kebebasan, mengalami perubahan kognitif dan biologi, menyita banyak perhatian budaya orang muda, oleh karena itu teladan dari kedua orangtua sangat diperlukan.
- f. Tahap VI (Keluarga dengan anak dewasa muda/tahap pelepasan) : Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orang tua sampai dengan anak terakhir.

- g. Tahap VII (keluarga usia pertengahan) : Tahap ini dimulai ketika anak terlahir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal.
- h. Tahap VIII (Keluarga usia lanjut) : Tahap ini dimulai salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun sampai keduanya meninggal.

4. Fungsi Keluarga

Keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah (Friedman, M.M et al., 2010) :

- 1) Saling mengasuh yaitu memberikan cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif maka fungsi afektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga di mulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi di mulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang ada disekitarnya. Dalam hal ini keluarga dapat Membina hubungan sosial pada anak, Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, dan Menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah meneruskan keturunan.

d. **Fungsi Ekonomi**

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.

e. **Fungsi Perawatan Kesehatan**

Keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah Kesehatan.

5. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut Friedman (2010) mengemukakan bahwa kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat dari lima tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Adapun lima tugas kesehatan keluarga tersebut meliputi:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga harus semakin waspada akan masalah kesehatan yang semakin bervariasi akan tetapi tidak sampai mengekang berbagai hal untuk anggota keluarganya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Mencari pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit merupakan salah satu peran keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga baik peralatan, obat-obatan maupun pengetahuan kesehatan. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dapat dikaitkan dengan keaktifan keluarga dalam merawat pasien, dan cara keluarga mencari pertolongan serta tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan yang diperlukan pasien.

d. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Yaitu tentang cara keluarga menjaga lingkungan agar bisa dijadikan sebagai pendukung kesehatan keluarga. Untuk itu, keluarga perlu mengetahui tentang sumber yang dimiliki sekitar lingkungan rumah.

- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Pada masyarakat tradisional, keluarga yang sakit memiliki kecenderungan untuk enggan pergi ke pusat pelayanan kesehatan yang sudah disediakan pemerintah dengan pertimbangan biaya yang dikeluarkan. Akan tetapi saat ini, pemerintah telah membuat program penjaminan kesehatan masyarakat sehingga masalah biaya bisa diatasi.

B. Konsep Nyeri Akut

1. Definisi

Menurut *International Association for the study of Pain*, nyeri adalah sebuah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang diakibatkan dari kerusakan jaringan. Nyeri menjadi suatu alasan bagi individu untuk mencari bantuan keperawatan (NANDA, 2015).

Nyeri akut memiliki karakteristik tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut terjadi dalam jangka waktu kurang dari enam bulan. Apabila tidak segera ditangani, nyeri akut akan berpengaruh pada proses penyembuhan serta memperpanjang masa perawatan dan penyembuhan (NANDA, 2015).

Nyeri akut merupakan suatu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017).

2. Penyebab Nyeri Akut

Berikut ini merupakan penyebab dari nyeri akut, antara lain: a) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) b) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) c) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Pengukuran Skala Nyeri

Terdapat beberapa pengukuran skala nyeri yang dapat digunakan untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakan seseorang, antara lain :

a. *Verbal descriptor scale* (VDS)

Verbal descriptor scale memiliki garis terdiri dari beberapa kalimat deskripsi yang diatur oleh jarak yang sama di sepanjang garis yang

tersedia. Skala nyeri ini memiliki ukuran dari “tidak ada rasa nyeri” sampai dengan “rasa nyeri yang tidak tertahankan”. Klien diperlihatkan pengukuran skala nyeri dan diminta untuk memilih skala nyeri yang dirasakan. Kemudian perawat menanyakan sejauh mana nyeri yang dirasakan paling nyeri dan yang tidak terasa nyeri.

b. *Visual analogue scale (VAS)*

Visual analogue scale yaitu suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus-menerus. Pengukuran skala nyeri ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. Pengukuran skala nyeri dengan VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif, karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata. Pengukuran skala nyeri dengan visual analogue scale (VAS) dapat dilihat pada gambar.



Gambar 1. Skala Pengukuran Nyeri Visual Analogue Scale (VAS).

Nilai skala nyeri 0 berarti tidak nyeri. Skala nyeri 1-3 diilustrasikan seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, dan mules. Skala nyeri 4-6 diilustrasikan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, dan tertusuk. Skala nyeri 7-9 adalah rasa sangat nyeri tetapi dapat dikontrol. Skala nyeri 10 adalah rasa nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Pada ujung kiri pada pengukuran skala nyeri VAS menunjukkan “tidak ada nyeri”, sedangkan ujung kanan pada pengukuran skala nyeri VAS menunjukkan “nyeri berat”.

c. *Numeric rating scale (NRS)*

Pengukuran skala nyeri dengan numeric rating scale dapat dilihat pada gambar



Gambar 2. Skala Pengukuran Numeric Rating Scale (NRS)

Pengukuran skala nyeri dengan numeric rating scale yaitu Skala nyeri 0 yang berarti tidak nyeri, skala nyeri 1-3 nyeri ringan, skala nyeri 4-6 nyeri sedang, skala nyeri 7-10 menunjukkan nyeri berat.

d. *Wong-baker faces pain rating scale*

Pengukuran skala nyeri dengan wong-baker faces pain rating scale memiliki enam gambar wajah dengan profil kartun yang dimulai dari gambar wajah yang sedang tersenyum yang berarti tidak ada nyeri, kemudian secara bertahap dan meningkat rasa nyeri maka gambar wajah menjadi kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan sampai menangis. Pengukuran dengan wong-baker faces pain rating scale dapat dilihat pada gambar



Gambar 3. Skala Pengukuran Wong-baker Faces Pain Rating Scale

Penggunaan skala pengukuran ini yaitu dengan menjelaskan gambar terkait ke klien mengenai perubahan mimik wajah sesuai dengan rasa nyeri dan dianjurkan untuk menunjuk gambar sesuai rasa nyeri yang sedang dialaminya.

C. Konsep Hipertensi

1. Definisi

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

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2014).

Seseorang dinyatakan hipertensi apabila seseorang memiliki tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan > 90 untuk tekanan darah diastolik ketika dilakukan pengulangan (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015)

Jadi dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan diastolik lebih besar dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (tenang)

2. Etiologi

Ada 2 macam hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2021) yaitu :

a. Hipertensi Esensial

Hipertensi Esensial adalah hipertensi yang sebagian besar tidak diketahui penyebabnya. Sekitar 10 sampai 16% orang dewasa yang mengidap penyakit tekanan darah tinggi ini.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi Sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Sekitar 10% orang yang menderita hipertensi jenis ini. banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

3. Klasifikasi

Berdasarkan tingginya tekanan darah, hipertensi pada orang dewasa dapat diklasifikasikan pada tabel 1, sebagai berikut :

Tabel 1 : Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	≤ 130 mmHg	≤ 70 mmHg
Normal Tinggi	131 – 139 mmHg	85 – 89 mmHg
Hipertensi Ringan	140 – 150 mmHg	90 – 99 mmHg
Hipertensi Sedang	160 – 179 mmHg	100 – 109 mmHg
Hipertensi Berat	180 – 209 mmHg	110 – 119 mmHg
Hipertensi Maligna	210 mmHg	120 mmHg

Sumber: Fauziah dkk., 2021.

4. Patofisiologi

Beberapa proses fisiologi ikut dalam pengaturan tekanan darah, terjadinya gangguan proses ini menjadi faktor utama terjadinya hipertensi. Patofisiologi terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh faktor-faktor yang meliputi faktor genetik, usia, merokok, aktivitasi sistem saraf simpatik

(sympathetic nervous system/SNS), konsumsi garam berlebih, gangguan vasokonstriksi dan sistem renin-angiotensinaldosteron. Pada saat jantung bekerja lebih berat dan kontraksi otot jantung menjadi lebih kuat sehingga menghasilkan aliran darah yang besar melalui arteri.

Arteri akhirnya mengalami kehilangan elastisitas sehingga mempengaruhi peningkatan tekanan darah. Proses yang mengawasi kontraksi dan relaksasi pembuluh darah ada di pusat vasomotor pada medula di otak. Pusat vasomotor berawal dari saraf simpatis yang kemudian ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis menuju ganglia simpatis dada dan perut. Rangsangan pusat vasomotor disalurkan melalui impuls menuju ke bawah menggunakan saraf simpatis ke ganglia simpatis. Disinilah neuron preganglion akan mengeluarkan astikolin yang kemudian merangsang serabut saraf paska ganglion menuju pembuluh darah, terjadilah konstriksi pembuluh darah.

Bertepatan dengan ini sistem saraf simpatis merangsang kelenjar adrenal sehingga menyebabkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mengeluarkan epinefrin dan juga mengakibatkan vasokonstriksi, sedangkan korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan steroid, yang akan memperkuat vasokonstriksi pembuluh darah. Hal ini menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun, mengakibatkan pelepasan renin.

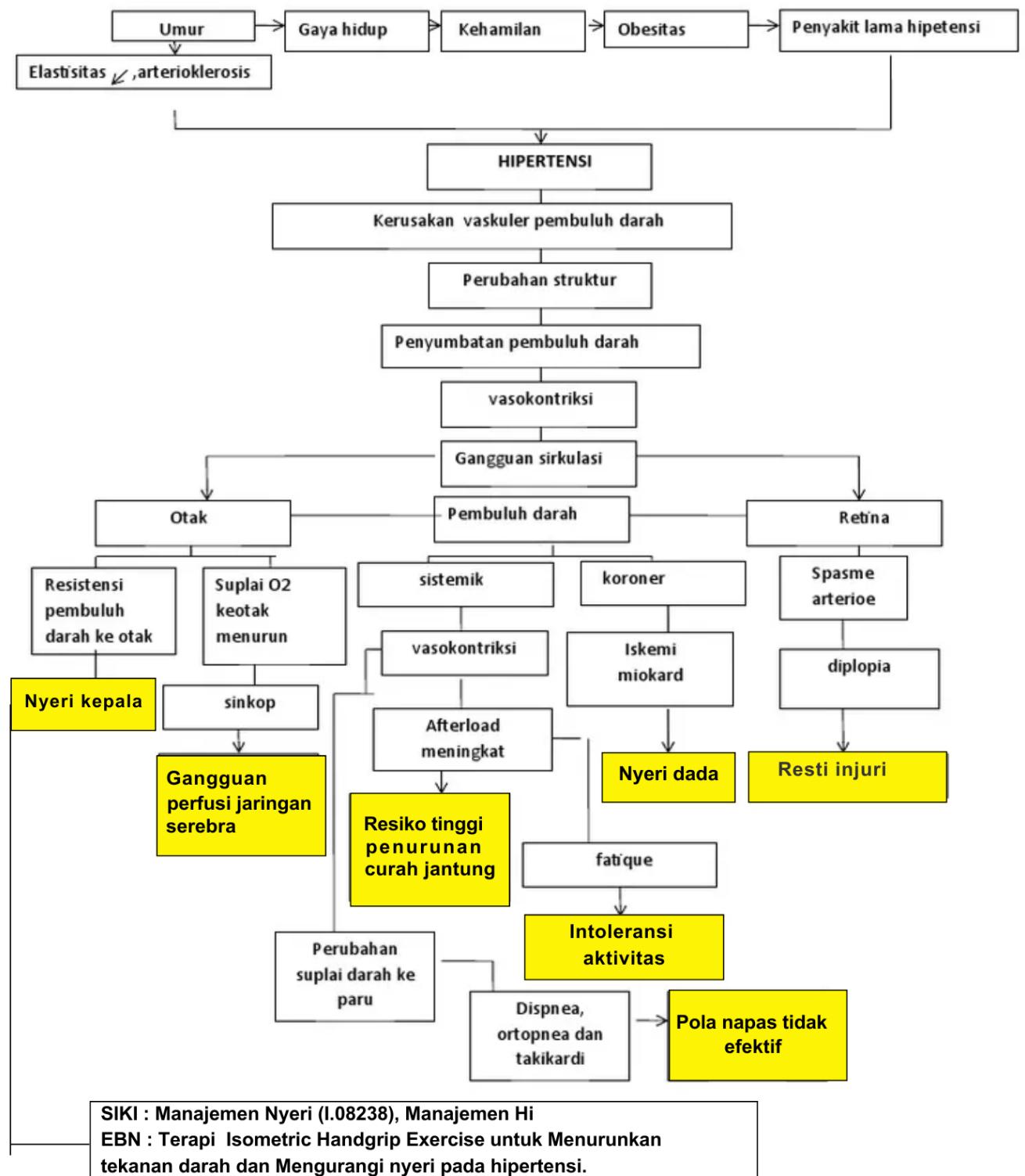
Kemudian renin merangsang pembentukan angiotensin I yang selanjutnya akan menjadi angiotensin II, semakin memperkuat vasokonstriksi, yang pada akhirnya merangsang pengeluaran aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron inilah yang mengakibatkan terjadinya retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia.

Perubahan tersebut meliputi Bertepatan dengan ini sistem saraf simpatis merangsang kelenjar adrenal sehingga menyebabkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mengeluarkan epinefrin dan juga mengakibatkan vasokonstriksi, sedangkan korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan steroid, yang akan memperkuat vasokonstriksi pembuluh

darah. Hal ini menyebabkan aliran darah ke ginjal menurun, mengakibatkan pelepasan renin.

Kemudian renin merangsang pembentukan angiotensin I yang selanjutnya akan menjadi angiotensin II, semakin memperkuat vasokonstriksi, yang pada akhirnya merangsang pengeluaran aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron inilah yang mengakibatkan terjadinya retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia.

5. Patway



Gambar 4: Pathway Hipertensi (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI, 2017).

6. Tanda dan Gejala

Seseorang yang menderita hipertensi terkadang tidak menampakkan gejala hingga bertahun-tahun. Gejala ada jika menunjukkan adanya kerusakan vaskular, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (Peningkatan Urinasi pada malam hari) dan azotemia (Peningkatan Nitrogen Urea darah dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan. Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi berupa (Dafriani, 2019): 1) Sakit kepala, 2) Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, 3) Perasakan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh, 4) Berdebar atau detak jantung terasa cepat, 5) Telinga berdenging. Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi berupa: a) Nyeri kepala saat terjaga, terkadang disertai mual dan mutah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial, b) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi, c) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi, d) dema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Penderita hipertensi dilakukan tes laboratorium yang meliputi pemeriksaan hemoglobin dan hematocrit untuk melihat tanda-tanda faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas dan kekurangan darah (anemia).

b. Pemeriksaan *elektrokardiografi*

Pada pasien dengan hipertensi, pemeriksaan elektrokardiografi digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan komplikasi kardiovaskular seperti gagal jantung atau infark miokard akut.

c. Pemeriksaan x-ray

X-ray pada dada digunakan untuk mengamati adanya obstruktif katup jantung, endapan kalsium pada aorta, dan pembesaran pada kardiovaskular.

d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) ginjal

Kelainan pada ginjal, seperti batu ginjal atau kista, dapat dilihat dengan melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG). Ultrasonografi ginjal juga digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui jalur suplai vena dan arteri ginjal

e. Pemeriksaan CT – scan kepala

Penderita hipertensi dapat mengalami penyumbatan pada pembuluh darah, untuk mencegah otak kekurangan suplai oksigen dan darah, maka dilakukan pemeriksaan CT-scan kepala yang berfungsi untuk menilai kondisi pembuluh darah di otak. Stroke dapat terjadi ketika pembuluh darah pecah atau tidak mampu memasok oksigen dan darah ke otak. Jadi CT-scan diperlukan untuk penderita hipertensi karena stroke ini dapat menyebabkan kelumpuhan (Agestin, 2020)

8. Komplikasi

Komplikasi hipertensi merupakan penyakit berbahaya yang seringkali menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Sehingga Tekanan darah tinggi menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi melemah dan merusak arteri yang seharusnya elastis dan kuat (Wijaya, 2021). Komplikasi hipertensi juga menjadi penyebab berbagai penyakit sebagai berikut : a) Serangan jantung, b) Gagal jantung, c) Stroke d) Penurunan daya ingat, e) Kerusakan mata.

9. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol faktor risiko (Aspiani, 2016).

Ada 2 cara yang dilakukan dalam terapi pengobatan hipertensi:

- a. Terapi non farmakologi
 - (2) Modifikasi gaya hidup (aktivitas fisik secara teratur dan menghindari stres)
 - (3) Mengurangi konsumsi garam natrium
 - (4) Mengurangi konsumsi alkohol
 - (5) Berolahraga
 - (6) Menurunkan berat badan menjadi ideal
 - (7) Mengatur pola makan dengan tingginya asupan buah-buahan, sayuran segar, susu rendah lemak, tinggi protein (daging unggas, ikan, dan kacang-kacangan).
 - (8) Terapi pernapasan dalam (*slow deep breathing*) dan terapi relaksasi genggaman jari (*isometric handgrip exercise*) (Halomoan, 2022).

- b. Terapi farmakologi

Penatalaksanaan media yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut: 1) Terapi oksigen 2) Pemantauan hemodinamik, 3) Pemantauan jantung, 4) Obat-obatan (Aspiani, 2016).

- a. Diuretik

Diuretik adalah obat yang bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya. Berkhasiat menurunkan tekanan darah terutama pada penderita hipertensi dan efek antihipertensi berlangsung lebih lama serta efektif dalam dosis yang rendah. Obat yang digunakan adalah hidroklorotiazide atau indapamide.

- b. Antagonis (penyekat) reseptor *Beta-Blocker* (BB)

Penyekat ini bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung. Obat yang digunakan adalah atenolol dan bisoprolol.

- c. Penyekatan Saluran Kalsium

Penyekatan saluran kalsium/*Calcium channel blocker* (CCB) dapat menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi saluran kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih

spesifik untuk saluran lambat kalsium otot jantung, sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vaskuler. Berbagai penyekat kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung. Obat yang digunakan amlodipine dan nifedipine.

d. Vasokodilator

Arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan tahanan perifer vaskular. Misalnya, natrium, nitroprusida, nikardipin, dan lain lain. Obat yang digunakan adalah minoxidil

e. *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitors.*

Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan tahanan perifer vaskular, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume darah dan curah jantung. Obat yang digunakan captoril dan ramipril.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan, tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dimana seorang perawat mulai mengumpulkan informasi tentang keluarga yang dibinanya. Tahap pengkajian ini merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan keluarga (Setiawan, 2016).

a. Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi: 1) Nama Kepala Keluarga (KK), 2) Alamat dan telepon, 3) Pekerjaan kepala keluarga,

4) Pendidikan kepala keluarga, 5) Komposisi keluarga, 6) Genogram, 7) Tipe keluarga, 8) Suku bangsa, 9) Agama, 10) Status ekonomi sosial keluarga, 11) Aktivitas rekreasi keluarga.

b. Tahapan dan tugas perkembangan keluarga

- (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

Pengkajian lingkungan meliputi: 1) Karakteristik rumah, 2) Karakteristik tetangga dan karakteristik komunitas RW, 3) Mobilitas geografis keluarga, 4) Perkumpulan keluarga serta interaksi dengan Masyarakat, 5) System 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 dan norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

- (1) Fungsi afektif yaitu perlu dikaji gambaran dari anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga

lain terhadap anggota, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

- (2) Fungsi sosialisasi yaitu perlu mengkaji bagaimana berinteraksi atau hubungan dalam keluarga, sejauhmana 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 di lingkungan setempat.
- (4) Fungsi Reproduksi adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah Sumber Daya Manusia (SDM).
- (5) Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya yaitu: sandang, pangan, dan papan.

f. Stres dan coping keluarga

- (1) Stresor jangka pendek dan panjang, stresor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 5 bulan dan stresor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
- (2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stresor.
- (3) Strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
- (4) Strategi adaptasi fungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan

g. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik adalah suatu sistem untuk mengumpulkan data kesehatan klien yang diatur berdasarkan fungsi dimulai dari kepala sampai dengan ujung kaki (head toe to) hal ini dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan memperoleh hasil pemeriksaan yang aktual.

Pengkajian fisik dalam keluarga sangat diperlukan untuk memulai proses asuhan keperawatan didalam keluarga. Setelah data hasil pengkajian diperoleh oleh perawat, kemudian perawat komunitas dapat menegakan suatu masalah yang dapat terjadi di dalam keluarga, kemudian dapat dianalisis dan diberikan intervensi sesuai penomena yang terjadi di dalam keluarga. Teknik yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah inspeksi, palapasi, perkusi dan auskultasi.

h. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, Perlu dikaji bagaimana harapan keluarga terhadap perawatu (petugas kesehatan) untuk membantu penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, dan coping keluarga, baik yang bersifat actual, resiko, maupun sejahtera. Tipologi atau sifat dari diagnosis keperawatan keluarga adalah actual, resiko dan sejahtera (Nadirawati, 2018).

Langkah-langkah membuat diagnosis keperawatan keluarga adalah: a)Analisa data, b) Perumusan diagnosis keperawatan keluarga, c) Rumusan masalah, d) Etiologi: berdasarkan hasil dari tugas perawatan kesehatan keluarga, e) Untuk diagnosis keperawatan potensial (sejahtera / wellness) menggunakan / boleh tidak menggunakan etiologi

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada hipertensi berdasarkan standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) (PPNI, 2017).

- (a) Nyeri Akut (D.0077) berhubungan tekanan emosional.
- (b) Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan keluarga kurang terpapar informasi.

- (c) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat anggota keluarga
- (d) Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi keluarga.
- (f) Koping tidak efektif (D.0096) berhubungan dengan disfungsi sistem keluarga mengatasi masalah.

Setelah merumuskan masalah, tahap berikutnya adalah menentukan diagnosa mana yang menjadi diagnosa prioritas. Diagnosa yang menjadi prioritas, dilihat dari angka yang paling tinggi dilanjutkan sampai angka yang terendah. Untuk mendapatkan masalah prioritas, terlebih dahulu dilakukan perhitungan dengan menggunakan skala Baylon dan Maglaya (1978) dalam Yohanes & Yasinta (2013) adalah seperti yang tercantum dalam tabel 2 di bawah ini:

Tabel 1 : Skoring prioritas masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		
	(1) Aktual	3	
	(2) Resiko	2	1
	(3) Potensial	1	
2	Kemungkinan Masalah Dapat Diubah		
	(1) Dengan mudah	2	
	(2) Hanya sebagian	1	2
	(3) Tidak dapat	0	
3	Potensial Masalah Untuk Dicegah		
	(1) Tinggi	3	
	(2) Cukup	2	1
	(3) Rendah	1	
4	Menonjolnya Masalah		
	(1) Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	(2) Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1	1
	(3) Masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: (Baylon & Maglaya Setiawan, 2016).

Skoring:

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

Skore

_____ X Bobot

Angka tertinggi

- c. Jumlah skor untuk semua kriteria.
- d. Jumlah skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penentuan prioritas:

- a. Dengan melihat kriteria yang pertama, yaitu sifatnya masalah, bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.
- b. Untuk kriteria kedua, yaitu untuk kemungkinan masalah dapat diubah perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut:
 - (1) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
 - (2) Sumber daya keluarga: dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
 - (3) Sumber daya perawat: dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
 - (4) Sumberdaya masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat: dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat
- c. Untuk kriteria ketiga, yaitu potensial masalah dapat dicegah, faktorfaktor yang perlu diperhatikan adalah:
 - (1) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah.
 - (2) Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
 - (3) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - (4) Adanya kelompok "*high risk*" atau kelompok yang sangat peka menambah potensial untuk mencegah masalah.
- d. Untuk kriteria keempat, yaitu menonjolnya masalah perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan

tersebut. Nilai skore yang tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga.

3. Rencana Keperawatan,

Rencana keperawatan adalah kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran (keluarga) untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Nadirawati, 2018).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI dan SLKI Tahun 2018

No	Diagnosa Keperawatan (SIKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan ketidakmampuan Keluarga mengenal masalah.</p> <p>DS: • Mengeluh nyeri</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara 	<p>Tindakan Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan 5. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien 6. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan

2	Nyeri kronis Berhubungan dengan ketidakmampuan Keluarga mengenal masalah. DS: 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) DO: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun 1. Keluhan nyeri menurun 2. Perasaan depresi menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	Edukasi Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Edukasi 4. Berikan kesempatan bertanya 5. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	Tindakan Observasi: 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Agar kita mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita dapat mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan oleh pasien Terapeutik: 4. Agar pasien juga mengetahui kondisinya dan mempermudah perawatan 5. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien 6. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk Edukasi: Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan

3	<p>Defisit pengetahuan Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan masalah yang dihadapi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> Perilaku sesuai anjuran Verbalisasi minat dalam belajar meningkat Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan Berikan kesempatan bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi Informasikan kondisi klien saat ini. 	<p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan Untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal Untuk memberikan kesempatan pada pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk meningkatkan pemahaman pasien
---	--	--	---	---

4	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif Berhubungan dengan ketidakmampuan keluargamerawat anggota keluarga.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami masalah Kesehatan yang diderita 2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit anggota keluarga semakin 	<p>Setelahdilakukan tindakan keperawatan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialamimeningkat. 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat. 3. Tindakan untuk mengurangifaktor risiko meningkat. 	<p>Dukungan perawatan</p> <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 keluraga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga 6. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 7. Fasilitas kesehatan yang ada 	<p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi 2. Memudahkan dalam menerima informasi dan perubahan perilaku sesuai anjuran <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menraik. 4. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak menganggu aktivitas masing-masing 5. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi. <p>Edukasi:</p>
---	---	--	---	---

	<p>memberat</p> <p>2. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah</p> <p>Kesehatan tidak tepat</p>			<p>6. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati.</p> <p>7. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat.</p> <p>8. Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat.</p>
5	<p>Ansietas</p> <p>Berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.</p> <p>DS:</p> <p>1. Merasa bingung</p> <p>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>3. Sulit berkonsentasi</p> <p>DO:</p> <p>1. Tampak gelisah</p> <p>2. Tampak tegang</p> <p>3. Sulit tidur</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat Ansietas menurun</p> <p>1. Verbalisasi kebingungan menurun</p> <p>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>3. Perilaku gelisah menurun</p> <p>4. Perilaku tegang menurun</p> <p>5. Konsentrasi membaik</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</p> <p>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>3. Pahami situasi yang membuat</p>	<p>1. Untuk mengetahui persepsi atau pola pikir klien.</p> <p>2. Untuk memprediksi kesembuhan jangka panjang kliensesuai kondisiklien.</p> <p>3. Untuk memonitor kesehatan fisik dan mental klien.</p> <p>4. Brtindak secara konsisten untuk keyakinan rencana keperawatan yang tidak membahayakan keselamatan klien</p> <p>5. Memberi harapan yangnyata</p> <p>6. Menyediakanperantara</p>

		<p>6. Pola tidur membaik</p> <p>ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>	
--	--	--	--

6	<p>Koping tidak efektif</p> <p>Berhubungan dengan ketidakmampuan Keluarga mengambil keputusan.</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 2. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status koping keluarga membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat 2. Perilaku koping adaptif meningkat 3. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 4. Verbalisasi pengakuan masalah meningkat 5. Verbalisasi 	<p>Promosi Koping</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemahaman proses penyakit 2. Identifikasi penyelesaian masalah 3. Diskusikan perubahan peran yang dialami 4. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 5. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan keluarga terlibat. 7. Latih penggunaan teknik relaksasi. <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. partisipasi dalam aktivitas meningkatkan sosialisasi,orientasi, dan kesenangan 2. Health Education upaya untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien, yaitudiri sendiri, orang lain, lingkungan/tempat, dan waktu.Klien dengan gangguan jiwaPsikotik mengalami penurunandaya nilai realitas
---	---	---	--	---

	<p>kelemahan diri meningkat</p> <p>6. Perilaku asertif meningkat</p> <p>7. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun</p> <p>8. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun</p> <p>9. Hipersensitif terhadap kritik menurun</p>		
--	---	--	--

Sumber : PPNI, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Kholifah & Widagdo, 2016).

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawat kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013).

Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan keluarga dengan Hipertensi menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya dan dana keluarga, tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga.

Sumber daya dan dana keluarga yang memadai diharapkan dapat menunjang proses penyembuhan dan penatalaksanaan penyakit Hipertensi menjadi lebih baik. Sedangkan tingkat pendidikan keluarga juga mempengaruhi keluarga dalam mengenal masalah Hipertensi dan dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat terhadap anggota keluarga yang terkena Hipertensi.

Adat istiadat dan kebudayaan yang berlaku dalam keluarga akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga tentang pola pengobatan dan penatalaksanaan penderita Hipertensi, seperti pada suku pedalaman lebih cenderung menggunakan dukun dari pada pelayanan kesehatan. Demikian juga respon dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit Hipertensi akan mempengaruhi keluarga dalam merawat anggota yang sakit Hipertensi. Sarana dan prasarana baik dalam keluarga atau masyarakat merupakan faktor yang penting dalam perawatan dan pengobatan Hipertensi.

Sarana dalam keluarga dapat berupa kemampuan keluarga menyediakan makanan yang sesuai dan menjaga diet atau kemampuan keluarga, mengatur pola makan rendah garam, menciptakan suasana yang tenang dan tidak memancing kemarahan. Sarana dari lingkungan adalah,

terjangkaunya sumber- sumber makanan sehat, tempat latihan, juga fasilitas kesehatan (Harmoko, 2012).

5. Evaluasi.Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan objektif, "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan.

E. Konsep *Isometric Handgrip Exercise*

3. Definisi

Handgrip Exercise merupakan terapi latihan statis menggunakan handgrip yang melibatkan kontraksi tahanan otot lengan bawah dan tangan tanpa perubahan panjang otot misalnya mengangkat atau mendorong beban berat dan mengontraksikan otot terhadap benda-benda tertentu (Karthikkeyan & Gokulnathan, 2020).

Latihan handgrip ini menyebabkan terjadinya penekanan otot pada pembuluh darah yang menumbulkan stimulasi iskemik sehingga terjadi mekanisme shear stress, stimulus iskemik menginduksi peningkatan aliran arteri brakialis menimbulkan efek langsung iskemik pada pembuluh darah. Apabila tekanan dilepaskan, aliran darah pembuluh darah lengan bagian bawah akan terjadi vasodilatasi dikarenakan terjadinya dilatasi pada pembuluh darah distal yang akan menginduksi stimulus shear stress pada arteri brakialis (Curry *et al.*, 2016).

Mekanisme shear stress menyebabkan terlepasnya zat Nitrit Oksid (NO)-endotelium yang diproduksi oleh sel endotel sebagai vasodilator pembuluh darah. NO berdisfusi ke dinding arteri dan vena (otot polos) sehingga mengaktifkan enzim yang akan merangsang terjadinya relaksasi pada otot yang memungkinkan pembuluh darah membesar (peningkatan diameter pembuluh darah) yang menyebabkan aliran darah menjadi lancar dan terjadi fase penurunan tekanan darah (Goessler *et al.*, 2018).

Terapi ini dapat menurunkan tekanan darah sekitar 7 mmHg untuk sistolik dan 5 mmhg untuk diastolik (Sutrisno & Rekawati, 2021). Terdapat berbagai jenis alat handgrip yang diperjualkan di toko alat olahraga seperti *handgrip koil* dan *handgrip spring*. Pemberian terapi *isometric handgrip exercise* alat yang tepat digunakan yaitu jenis alat *handgrip koil* yang memang direkomendasikan untuk latihan serius dalam menurunkan tekanan darah pasien hipertensi, keunggulan dari handgrip koil ada pada daya tahannya dan memiliki tekanan yang konsisten, handgrip koil juga memiliki handel yang terbungkus karet dan busa sehingga dalam penggunaannya menjadi nyaman dan tidak licin. Terapi *isometric handgrip exercise* kurang cocok menggunakan handgrip spring, walaupun dapat diatur tingkat kekuatannya, dikarenakan jika sering mengubah tingkat kekuatan pada handgrip spring, maka lama-kelamaan bagian pegas akan kehilangan ketegangannya. Alat handgrip koil memiliki harga yang terjangkau, sehingga penderita hipertensi tidak mengeluarkan biaya yang banyak untuk memiliki alat handgrip. Alat handgrip koil dapat dilihat gambar 5 :



Gambar 5: Handgrip Koil

Terapi ini dilakukan dalam waktu pendek secara kontinyu selama 2-5 menit dalam 5 hari berturut-turut, yang dapat menyebabkan tekanan darah dan denyut jantung mencapai nilai stabil, menurunkan tekanan darah sekitar 7 mmHg untuk sistolik dan 5 mmHg untuk diastolik, tidak berisiko injuri (Sutrisno & Rekawati, 2021)

4. Tujuan *Handgrip Exercise*

- a. Untuk membentuk dan menguatkan otot tangan
- b. Untuk meningkatkan kekuatan cengkeraman tangan
- c. Untuk mencegah terjadinya atrofi otot
- d. Untuk meningkatkan volume otot dan stabilitas sendi
- e. Untuk menurunkan reaktivitas kardiovaskuler
- f. Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi

5. Standar Operasional Prosedur (SOP) *Handgrip Exercise*

a. Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik (Beri salam dengan sapaan dan perkenalkan diri untuk pertemuan pertama)
- 2) Evaluasi validasi (menanyakan nama dan tanggal lahir, konfirmasi identitas pasien)
- 3) Informed consent (jelaskan tujuan prosedur, tindakan hal yang perlu dilakukan oleh pasien selama terapi handgrip exercise dilakukan dan berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan).

b. Fase interaksi

- 1) Melakukan persiapan alat (menyiapkan kelengkapan dan mendekatkan alat-alat : kursi, tensi meter, dan handgrip)
- 2) Melakukan Persiapan pasien
 - a) Posisikan tubuh secara nyaman duduk dikursi
 - b) Lepaskan aksesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu
 - c) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya Mengikat Ketat.
- 3) Melakukan persiapan lingkungan (atur pencahayaan, atur suhu, dan privasi pasien)
- 4) Melakukan persiapan petugas (mencuci tangan, menggunakan APD, dan berdoa)
- 5) Prosedur kerja
 - a. Pertama responden diminta untuk duduk beristirahat selama 5 menit

- b. Setelah itu lakukan pengukuran tekanan darah dan denyut nadi sebelum melakukan kontraksi, dan catat hasilnya (Biarkan responden tetap dalam keadaan duduk)
 - c. kemudian minta responden untuk melakukan kontraksi isometrik (menggenggam handgrip) dengan satu tangan selama 45 detik.
 - d. selama kontraksi berlangsung anjurkan responden untuk menarik nafas dalam
 - e. Kemudian buka genggaman dan istirahat selama 15 detik
 - f. Selanjutnya responden diminta untuk mengulangi kontraksi isometrik (menggenggam handgrip) dengan tangan yang lain selama 45 detik.
 - g. Lakukan kontraksi secara berulang, sehingga masing-masing tangan mendapat 2 kali kontraksi
 - h. Setelah 3 menit selesai melakukan kontraksi lakukan kembali pengukuran tekanan darah dan denyut nadi kembali (Mortimer & Mickue, 2011).
- c. Fase Terminasi
 - 1) Evaluasi subjektif
 - a) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman
 - b) Evaluasi perasaan klien
 - 2) Evaluasi objektif
 - a) Kaji kembali tekanan darah klien
 - b) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan
 - 3) Rencana tindak lanjut (RTL)
 - 4) Kontrak yang akan datang (Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya)

6. Peran Perawat dalam Terapi *Handgrip Exercise*

Salah satu peran perawat yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan, peranan tersebut membantu pasien dalam melaksanakan inovasi latihan menggenggam alat handgrip dan mengembangkannya dalam menurunkan tekanan darah dengan cara non farmakologi. Pada peran pendidik kesehatan, perawat bertanggung jawab memberikan penyuluhan dalam menurunkan angka kejadian tekanan darah tinggi.

Salah satunya dengan cara terapi aktivitas yaitu dengan latihan menggenggam alat handgrip. Dalam memberikan asuhan keperawatan dan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga maupun lingkungannya tentang bagaimana penatalaksanaan terapi aktivitas, peran perawat ini diharapkan mampu mengubah gaya hidup pasien dan keluarga menjadi lebih sehat. (Aprianti, 2022)