

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Keluarga

Duval, (1986) keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga (Andarmoyo, 2012).

Johnson`s, (1992) keluarga merupakan sekumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya (Andarmoyo, 2012).

Depkes RI (1998) Keluarga merupakan sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Andarmoyo, 2012).

Keluarga adalah unit atau sitem terkecil dalam masyarakat. Sistem adalah unit kesatuan yang diarahkan pada tujuan, dibentuk dari bagian-bagian yang berinteraksi, saling ketergantungan serta dapat bertahan dalam waktu tertentu (Andarmoyo, 2011).

Dari pengertian tentang keluarga di atas dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah :

1. Terdiri dari dua atau lebih individu
2. yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi;
3. Anggota keluarga biasanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka tetap memerhatikan satu sama lain;
4. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: yaitu sebagai suami, istri, anak, kakak dan adik;
5. Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial para anggotanya.

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah:

1. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual.
4. Keluarga memiliki pengaruh penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan orang lain.

2.1.3 Tipe Keluarga

Seiring dengan tuntutan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan dan budaya, maka bentuk keluarga pun akan berubah sesuai dengan tuntutan tersebut. Berbagai bentuk keluarga menggambarkan adaptasi terhadap keluarga. Setiap keluarga mempunyai kekuatan sendiri untuk dipengaruhi lingkungan (Andarmoyo, 2012).

A. Keluarga Tradisional

Tradisional Nuclear/Keluarga Inti. Merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang dianggap ideal. Keluarga inti ini adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, tinggal dalam satu rumah, di mana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga (Andarmoyo, 2012). Macam-macam keluarga inti adalah :

1. Keluarga Suami Istri Bekerja

Adalah dimana suami istri yang keduanya bekerja diluar rumah. Keluarga ini merupakan pengembangan varian nontradisional di mana pengambilan keputusan dan pebagian fungsi keluarga ditetapkan bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian, beberapa keluarga tetap menganuut bahwa fungsi kerumahtangaan tetap dipegang oleh istri.

2. Keluarga Tanpa Anak atau *Dyadic Nuclear*

Merupakan keluarga dimana suami-istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat

diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami-istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidakmampuan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari kariernya. Biasanya keluarga ini akan mengadopsi anak.

3. *Commuter Family*

Adalah keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya akan bertemu dalam satu atap.

4. *Reconstituted Nuclear*

Yaitu pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri. Tinggal dalam satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya, bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

5. *Extended Family*/Keluarga Besar

Merupakan satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap mode-model yang akan menjadi pola perilaku anak-anak. Varian keluarga besar adalah keluarga *Group Marriage*, merupakan satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya dalam satu kesatuan keluarga dan keturunannya sudah menikah serta semua telah mempunyai anak.

6. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal/*Single Parent*

Adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varia tradisional dari keluarga ini adalah *Single Adult* yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laik-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.

B. Keluarga Nontradisional

Bentuk-bentuk varian keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda antara satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki perasaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal (Andarmoyo, 2012). Adapun bentuk-bentuk keluarga ini antara lain adalah :

1. *Communal/Commune Family*

Adalah keluarga di mana dalam satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan di mana penduduknya padat.

2. *Unmarried Parent and Child*

Adalah keluarga yang terdiri dari ibu-anak, tidak ada perkawinan dan anaknya hasil dari adopsi.

3. *Cohibing Couple*

Merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

4. *Institusional*

Keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebuah keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut (Harmoko, 2012), yaitu :

a) Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan berbagai sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini berguna untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

b) Fungsi sosialisasi merupakan suatu prose untuk perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam

lingkungan sosialnya. Fungsi ini bermanfaat untuk meneruskan nilai-nilai budaya keluarga, membina sosialisasi pada anak.

c) Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) merupakan fungsi yang sangat mempertahankan dan menjaga kelangsungan di keluarga.

d) Fungsi Ekonomi (*the economic function*) adalah keluarga yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

e) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) merupakan untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarganya.

2.1.5 Struktur Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam Bakri (2017), ada 4 faktor keluarga yaitu :

1. Pola komunikasi keluarga

Pola interaksi dari dalam keluarga hendaknya memiliki keterbukaan, kejujuran, berfikir positif, menyelesaikan konflik bersama dalam keluarga, komunikasi yang bermakna antara pendengar dan pembicara yang kemudian menimbulkan umpan balik dan melakukan validasi. Bagi keluarga dengan pola komunikasi kurang terbuka maka akan menyebabkan berbagai macam persoalan, karakteristik pola komunikasi yang kurang baik yaitu pembicaraan hanya pada satu orang saja, tidak ada diskusi dalam keluarga, kurang empati dalam keluarga sehingga menjadi keluarga yang tertutup.

2. Struktur peran

Merupakan perilaku yang diinginkan berdasarkan posisi sosial yang diberikan, peran keluarga menggambarkan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam posisi / situasi tertentu.

3. Struktur kekuatan

Menggambarkan adanya kekuatan / kekuasaan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga yang lain e arah yang positif. Kekuasaan merupakan kemampuan seseorang dalam mengontrol, mempengaruhi dan mengubah tingkah laku seseorang.

4. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Suatu sistem, sikap, dan kepercayaan yang menyatakan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga menjadi petunjuk untuk kemajuan norma dan peraturan. Norma yaitu tingkah laku yang baik bagi pandangan masyarakat yang bersumber pada sistem nilai yang ada dalam keluarga.

2.1.6 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Menurut Allender dan Spardley (2001) dalam Nadirawati (2018), sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, yaitu dimana keluarga menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan yaitu :

1. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarganya.
3. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Kemampuan keluarga dalam mempertahankan / menciptakan lingkungan rumah yang sehat.
5. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.2 Masalah Keperawatan Defisiensi Pengetahuan

2.2.1. Definisi Defisiensi Pengetahuan

Defisiensi pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu atau kemahiran (Amin dan Hardhi, 2015). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2011), pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya.

2.2.2 faktor – faktor Yang mempengaruhi Defisiensi Pengetahuan

1. Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang dengan salah satunya usaha untuk mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman dan Riyanto, 2013). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi (Sriningsih, 2011).

2. Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, mengumumkan, menganalisis, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal atau non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dari peningkatan pengetahuan.

3. Lingkungan

Lingkungan dapat mempengaruhi proses masuknya pengetahuan ke dalam individu karena terdapat interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan individu. Lingkungan yang baik maka didapatkan pengetahuan yang baik, dan sebaliknya.

4. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

5. Usia

Semakin bertambahnya usia maka semakin menambahnya daya pikir seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin meningkat (Budiman dan Riyanto, 2013).

2.2.3 Tingkat Pengetahuan

Menurut Kholid dan Notoatmodjo (2012) ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi real (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.2.4 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal sebagai berikut :

1. Bobot I : Tahap tahu dan pemahaman.
2. Bobot II : Tahap tahu pemahaman, dan analisis.
3. Bobot III : Tahap tahu, pemahaman, analisis sintesis dan evaluasi.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden.

Menurut Arikunto (2010), tingkat pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Jawaban terhadap kuesioner 76-100% benar.
- b. Cukup : Jawaban terhadap kuesioner 56-75% benar.
- c. Kurang : Jawaban terhadap kuesioner <56% benar.

2.3. Konsep Dasar Penyakit

2.3.1. Definisi

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140mmHg atau yang lebih dan tekanan diastolic 120 mmHg (Sharon, L.rogen,1996).

Hipertensi merupakan meningkatnya tekanan darah sistolik yang lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolicnya lebih dari 90 mmHg (Luckman Sorensen, 1996).

Hipertensi yaitu suatu keadaan dimana tekanan darah sistolic mengalami peningkatan 140mmHg atau lebih, sedangkan tekanan diastolic 90 mmHg atau lebih (Barbara Hearnison 1997). Dari ketiga definisi diatas dapat kita simpulkan bahwa hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang abnormal, dengan sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolic lebih dari 90 mmHg. Pada Usila : Peningkatan Tekanan Sistolic diatas 160 mmHg dan tekanan diastoliknyanya di atas 90 mmHg (Nurhidayat, S 2015).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 90 mmHg (Padila,2013). Hipertensi dikategorikan ringan apabila diastoliknyanya antara 95-104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknyanya antara 105 -114 mmHg, dan sedangkan hipertensi berat jika tekanan diastoliknyanya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolic, karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Padila, 2013).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal pada pemeriksaan

tekanan darah. Ketetapan di Indonesia, seseorang dikatakan menderita hipertensi yaitu jika tekanan darah sama dengan atau lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi juga sering ditemukan pada lansia dan biasanya tekanan sistoliknya lebih meningkat. Sementara menurut para ahli, angka kematian akibat penyakit jantung pada lansia dengan hipertensi adalah tiga kali lebih sering dibandingkan lansia tanpa hipertensi pada usia yang sama (Laka dkk,2018).

2.3.2 Etiologi

Hipertensi berdasar penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu : (Lany Gunawan, 2001)

- a. Hipertensi Essensial (Hipertensi Primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi primer terdapat pada lebih dari 90% penderita Hipertensi, sedangkan 10% sisanya disebabkan oleh hipertensi sekunder. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, tanda-tanda penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Factor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Faktor keturunan

Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2. Ciri Perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi yaitu jika umur bertambah maka tensi darah meningkat, jenis kelamin (Laki-laki lebih tinggi dari perempuan).

3. Kebiasaan Hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah :

- Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
- Kegemukan atau makan berlebihan
- Stress
- Merokok
- Minum alkohol

b. Hipertensi Sekunder

Yaitu kasus yang 10% dari seluruh kasus hipertensi merupakan kasus sekunder, yang diartikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang sebelumnya seperti penyakit ginjal dan atau gangguan tiroid. Antara lain factor pencetus yang bisa menimbulkan hipertensi adalah penggunaan kortespsi oral, *coarctation aorta*, neurogenik, (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatris), stress dan juga luka bakar (Udjianti, 2010).

2.3.3. Klasifikasi

Tabel 2.1 klasifikasi hipertensi

Klasifikasi TD	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolic (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130-139	85-89
Hipertensi stadium I	140-149	90-99
Hipertensi stadium II	160-179	100-109
Hipertensi stadium III	>180	>110

Sumber: Harmoko (2012)

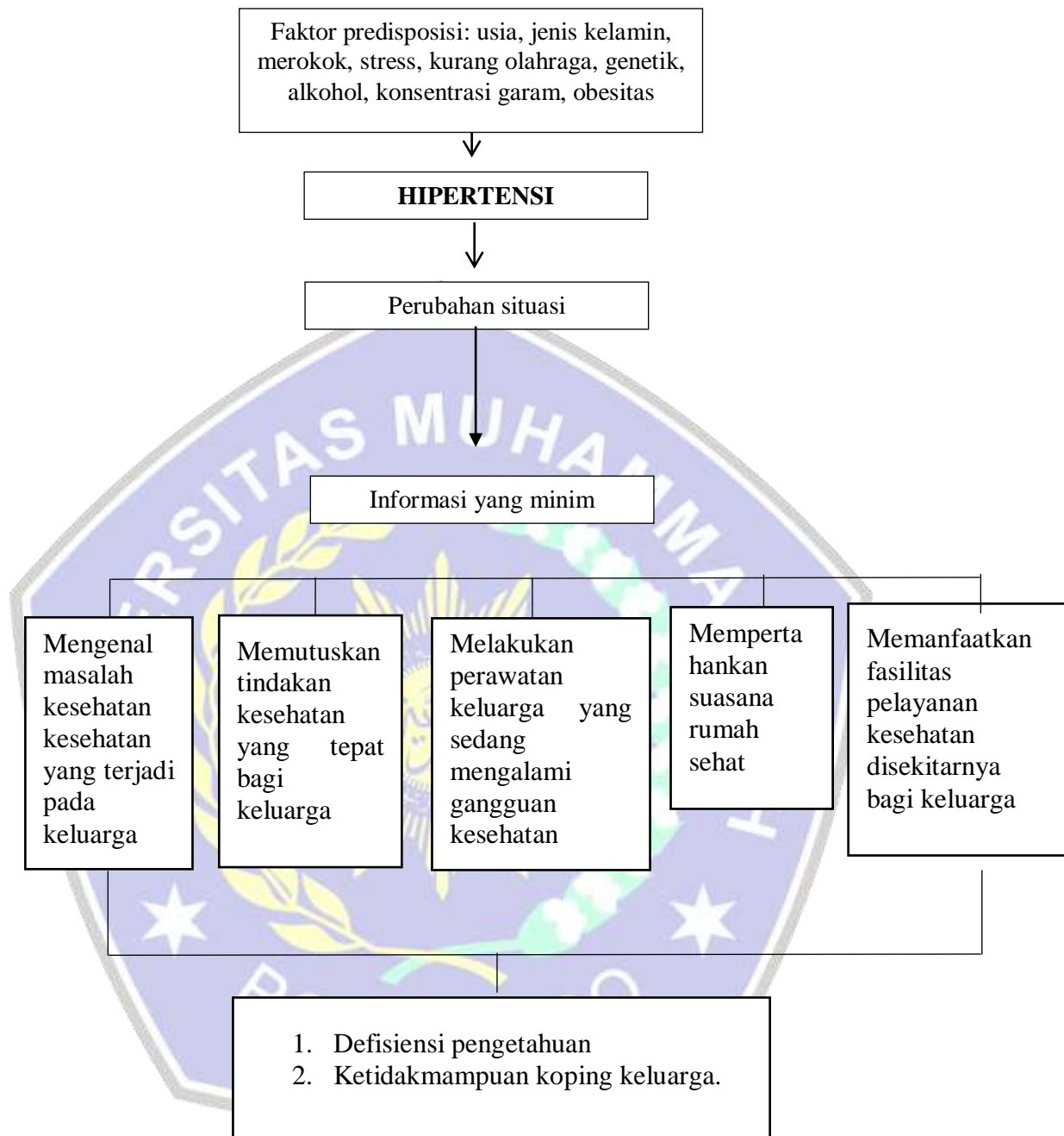
2.3.4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla otak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis 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 perganglion melepaskan astikolin, dan akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan pembuluh darah. Banyak berbagai macam faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin. Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang,

mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, hal tersebut bertujuan untuk memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensi I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk perkembangan gerontology, perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis yaitu hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, 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 (Padila, 2013).

2.3.5 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah keperawatan Defisiensi Pengetahuan

2.3.6. Gambaran klinis

Tanda dan gejala yang bisa muncul pada hipertensi dibedakan menjadi :

(Menurut : Edward K Chung, 1995)

a) Tidak ada gejala yang sangat spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika arteri tidak terukur.

b) Gejala yang sering di katakan bahwa ini merupakan gejala terlazim yang menyertai hipertensi, yaitu meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Ini merupakan gejala yang lazim mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis (Nurhidayat, 2015)

2.3.7. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. (5) Pinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi : (Nurhidayat S, 2015)

1. Penatalaksanaan Non Farmakologis.

a. Diet

Dengan cara Pembatasan atau pengurangan konsumsi garam. Penurunan BB juga dapat menurunkan tekanan darah, dibarengi dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan kadar adosteron dalam plasma.

b. Aktivitas

Penderita disarankan untuk menjalankan kegiatan dan disesuaikan dengan kemampuannya, seperti berjalan, jogging, bersepeda.

2. Penatalaksanaan Farmakologis.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk pemberian atau dalam pemilihan obat anti hipertensi, adalah :

- a. Mempunyai efektivitas yang tinggi.
- b. Mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal.
- c. Memungkinkan penggunaan obat secara oral.
- d. Tidak menimbulkan intoleransi.
- e. Harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh klien.
- f. Memungkinkan jangka panjang.

2.3.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh
2. Pemeriksaan retina
3. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
4. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
5. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa
6. Pemeriksaan : renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urine.
7. Foto dada dan CT scan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, penyusunan perencanaan, pelaksanaan rencana asuhan keperawatan dan penilaian hasil. (Padila,2012)

2.4.1 Pengkajian

a. Data Umum

1. Identitas: dalam identitas dapat mempengaruhi yaitu:

- a. Umur : pada penderita Hipertensi dengan masalah defisiensi pengetahuan yaitu biasanya terjadi kebiasaan merokok dari usia yang produktif, atau mengkonsumsi pola makan yang tidak sehat.
- b. Pendidikan : pendidikan yang rendah akan mempengaruhi tahap penyembuhan
- c. Pekerjaan yang dapat beresiko perilaku kesehatan cenderung beresiko karena kebiasaan teman satu pekerjaan merokok sehingga penderita melakukan hal yang sama dengan teman kerjanya.

2. Tipe keluarga

Keluarga inti akan berpengaruh terhadap masalah yang di alami oleh penderita

3. Genogram

Mengetahui adakah riwayat penyakit Hipertensi dari anggota keluarga yang sama dengan penderita atau pasien.

4. Status ekonomi keluarga

5. Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas rekreasi keluarga ini juga mempengaruhi pada pasien hipertensi, misalnya jika satu keluarga itu tidak pernah rekreasi kemudian timbul rasa suntuk dan bosan.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Pada penderita hipertensi riwayat penyakit keluarga sangatlah berpengaruh karena faktor genetic, di dapatkan 70-80% kasus hipertensi oleh riwayat hipertensi dalam keluarga.

c. Data lingkungan

1) Karakteristik tetangga dan komunitas

Pada pasien hipertensi sangat berpengaruh dari faktor karakteristik tetangga dan komunitas yaitu kebiasaan tetangga merokok bisa mempengaruhi pasien untuk merokok juga.

2) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Saat berkumpul dengan tetangga dan masyarakat sekitar juga mempengaruhi hipertensi karena semua teman merokok.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Mengkaji cara berkomunikasi antar keluarga, apakah keluarga berkomunikasi secara langsung atau tidak, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga.

2) Struktur kekuatan keluarga

Mengkaji kemampuan anggota keuangan mengendalikan dan mempengaruhi oranglain untuk merubah perilaku.

3) Struktur peran

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal, sehingga peran yang diberikan jelas sesuai dengan perannya.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai dan norma keluarga yang dianut keluarga dengan penderita hipertensi dengan kesehatan keluarga karena yakin setiap penyakit pasti ada obatnya bila berobat teratur akan sembuh.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, keluarga yang sehat memberi dukungan kepada anggota keluarga yang menderita Hipertensi agar semangat untuk sembuh dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai satu sama lain.

2) Fungsi sosialisasi

Menjelaskan hubungan keluarga sejauh mana anggota keluarga belajar merubah gaya hidup cenderung beresiko yang menyebabkan penyakit hipertensi, nilai, norma dan

budaya serta perilaku di keluarga dan masyarakat dalam kepatuhan diet hipertensi.

3) Fungsi perawatan kesehatan

a. Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit atau masalah kesehatan keluarga

Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan yang sedang diderita anggota keluarga, apakah keluarga mengerti tentang dari tanda dan gejala penyakit yang diderita anggota keluarga.

b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Kemampuan keluarga mengambil keputusan apabila ada anggota keluarga yang sakit, apakah diberikan tindakan sendiri di rumah atau dibawa ke pelayanan kesehatan

c. Kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mampu melakukan perawatan untuk salah satu anggota keluarganya yang mengalami hipertensi. Dengan mengatur pola makan sehat, olahraga, pola istirahat dan minum obat yang teratur.

d. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan yang sehat

Keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami hipertensi mampu mengatur dan memelihara lingkungan fisik dan psikologi bagi anggota keluarganya. Lingkungan

fisik bagaimana keluarga mengatur perabot rumah tangga, menjaga kebersihannya, mengatur ventilasi dan pencahayaan rumah. Lingkungan antar keluarga, bagaimana keluarga memenuhi privasi masing-masing keluarga.

- e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat.

Mengkaji keluarga apakah sudah memanfaatkan pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dari tempat tinggalnya jika salah satu anggota hipertensi kambuh, misalnya posyandu, puskesmas dan Rumah sakit terdekat rumahnya.

- f. Stress dan koping keluarga

- 1) Stress jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang 6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini dialami memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

- 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

- 3) Strategi koping yang digunakan

Bagaimana strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan perilaku keluarga yang tidak adaptif ketika keluarga menghadapi masalah.

g. Keadaan gizi keluarga.

Mengkaji bagaimana keluarga memberikan pola makannya pada salah satu anggota yang mengalami hipertensi.

h. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum: Ansietas, pemarah, kelemahan, letih,

2) Tanda-tanda Vital

TD : Klien dengan Hipertensi akan cenderung naik tekanan darahnya

Suhu: Klien dengan Hipertensi suhu meningkat

RR : Pada klien Hipertensi denyut jantung meningkat (takipnea)

Nadi : Pada klien Hipertensi takikardia

3) Neurosensori

Pada klien penderita Hipertensi mengeluh kepala pusing/pening, berdenyut sakit kepala ditandai dengan perubahan orientasi, perubahan genggaman dan perubahan reinal optic.

4) Sirkulasi

Pada klien penderita Hipertensi adanya riwayat Hipertensi, penyakit jantung coroner ditandai dengan kenaikan tekanan darah, takikardi perubahan warna kulit dan suhu dingin.

5) Pernapasan

Pada klienpenderita Hipertensi adanya gejala *dyspnea* yang berkaitan dengan aktivitas, *takipnea*, batuk dengan atau tanpa sputum riwayat merokok ditandai dengan distress respirasi, bunyi napas tambahan, dan sianosis

6) Eliminasi

Adanya gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.

i. Pemeriksaan penunjang

1. Hemoglobin/ hematokrit

Bukan diagnostic tetapi mengkaji hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor-faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

2. Blood Urea Nitrogen (BUN) atau kreatinin

Memberikan informasi tentang atau fungsi ginjal

3. Glukosa

Hiperglikemia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi)

4. Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi

5. Kolesterol dan triglesirida serum

Peningkatan kadar dapat mengidentifikasi pencetus untuk atau adanya pembentukan plak arteriosa (efek kardiovaskuler)

6. Pemeriksaan tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

7. Kadar aldosterone atau urin serum

Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)

8. Urinalisa

Darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

9. VMA urin (metabolit ketolamin)

Kenaikan dapat mengidentifikasi adanya feokromositoma (penyebab), VMA urin 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.

10. Asam urat

Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai factor terjadinya hipertensi

11. Steroid urin

Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitary, sindrom Chusing's kadar renin dapat juga meningkat

12. Foto dada

Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi ada area katup, deposit pada dan menunjukkan atau Tarik aorta: pembesaran jantung.

13. CT-scan

Mengkaji tumor serebral, CSV, ensefalopati atau feokromositoma

14. EKG

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gngguan konduksi. Catatan: luas, peninggian gelombang P adalah suatu tanda dini penyakit jantung hipertensi. (Doengoes, Moorhouse & Geisser, 2012)

2.4.2. Analisa Data

Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya ialah membuat Analisa data dengan mengelompokkan masing-masing data yang digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan keluarga yang terjadi pada keluarga (Andarmoyo, 2012) Menurut Effendi (1998) dalam Bakri (2012) sebelum menyusun masalah kesehatan dan keperawatan dalam keluarga harus melihat masalah tersebut serta ketidakmampuan keluarga saat menjalankan tugas keluarga dibidang kesehatan.

2.4.3. Penentuan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunikasi terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Perumusan diagnosa berdasarkan data yang

didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga. (Gusti, 2013).

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (*problem, etiologi, dan symptom*). Etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah. Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (*wellness*). (Gusti, 2013). Penulisan diagnosa keperawatan keluarga :

1. Diagnosa actual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
2. Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum pernah terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan actual terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
3. Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan sumber penunjang kesehatan yang mungkin dapat ditingkatkan. (Gusti,2013).

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan dengan etiologi dari diagnosa keperawatan keluarga :

1. Ketidaktahuan(kurang pengetahuan,pemahaman,kesalahan,persepsi).
2. Ketidakmauan (sikap dan motivasi).

3. Ketidakmampuan (kurang keterampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, system pendukung, lingkungan fisik dan psikologis). (Gusti,2013).

Tabel 2.2 Prioritas Masalah

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	1
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat di ubah		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk di cegah		
a. Tinggi	3	1
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah		
a. Masalah berat, harus segera di tangani	2	1
b. Ada masalah, tetapi tidak harus segera di tangani	1	
c. Masalah tidak di rasakan	0	

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978) dalam Harnilawati (2013).

Skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Untuk skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan nilai bobot

$$\frac{\text{SKOR}}{\text{ANGKA TERTINGGI}} \times \text{NILAI BOBOT}$$

3. Kemudian jumlah semua kriteria skor tertinggi 5 dengan semua bobot Menurut (Komang,2010).

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi menurut (SDKI) yaitu :

1. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan mengenal masalah penyakit.
2. Ketidakmampuan coping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

2.4.4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang bisa mencapai setiap tujuan khusus, perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang timbul pada klien bisa segera diatasi. Pada dasarnya tindakan keperawatan terdiri dari tindakan observasi dan pengawasan, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi. (Herdman & Kamitsuru, 2015)

Tabel 2.3 Sumber : (SDKI, 2016), (SLKI, 2018), (SIKI, 2018)

NO	Diagnosa Keperawatan Keluarga	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	<p>D.0111 Defisiensi pengetahuan</p> <p>Definisi</p> <p>Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Penyebab</p> <p>Penyebab kondisi defisit pengetahuan dapat ditimbulkan oleh beberapa situasi seperti dibawah ini;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang minat dalam belajar 5. Kurang mampu mengingat 6. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi <p>Tanda dan Gejala</p> <p>Tanda dan gejala defisit pengetahuan dibagi menjadi tanda dan gejala mayor dan tanda dan gejala minor yang mana</p>	<p>SLKI</p> <p>Tingkat Pengetahuan</p> <p>Dengan Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik 3. Perilaku 	<p>SIKI</p> <p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ▪ Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan ▪ Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan ▪ Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ▪ Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat ▪ Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

<p>dibedakan menjadi 2 subkategori yaitu objektif dan subjektif.</p> <p>Objektif</p> <p>Tanda/gejala mayor</p> <p>Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p> <p>Subjektif</p> <p>Menanyakan masalah yang dihadapi</p> <p>Tanda/Gejala Minor</p> <p>Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, Menunjukkan perilaku berlebihan semisal apatis, agitasi, bermusuhan dan histeria</p> <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <p>Defisit pengetahuan, biasanya disertai dengan berbagai kondisi yang dapat menjadi penyebab atau akar masalah dari terjadinya defisit pengetahuan, beberapa kondisi klinis terkait defisit pengetahuan diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi klinis yang baru dihadapi 2. Penyakit akut 3. Penyakit kronis 		
---	--	--



	Keterangan Diagnosis	
	<p>Diagnosis ini dispesifikan berdasarkan topik tertentu, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gaya hidup sehat 2. Manajemen asma 3. Perilaku sehat 4. Program aktivitas 5. Program diet 	

Tabel 2.4 Hasil Analisis Jurnal

<i>Reference including : title, author, volume in page member</i>	<i>Objectif</i>	<i>Studi design</i>	<i>populasi on</i>	<i>result</i>	<i>country</i>
Upaya Peningkatan Pengetahuan Keluarga Melalui Pendidikan Kesehatan Hipertensi Previa Dyah Widyaningrum, Nita Yunianti Ratnasari Jurnal kesehatan (2016)	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan keperawatn pada pasien dengan Hipertensi	Penelitian deskriptif dengan study research (studi kasus)	Dengan jumlah responden sebanyak 3 orang penderita Hipertensi. Dengan kriteria inklusi yaitu responden dengan penderita Hipertensi berusia 55	Hasil penelitian adanya perbedaan tingkat pengetahuan antara keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan. Instrumen penelitian adalah dengan menggunakan	Indonesia

			sampai 65 dan bersedia menjadi responden peneliti	kuesioner	
Efektifitas Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga tentang Hipertensi	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Ngaliyan	Desain penelitian ini adalah kuasi eksperimen <i>one group pretest-posttest design</i>	Jumlah sampel sebanyak 40 keluarga yang diambil dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan penyuluhan terjadi peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi	Indonesia
Chandra Hadi P ARTIKEL PENELITIAN Mutiar Medika Vol. 15 No. 1: 67 - 74, Januari 2015					
Pendidikan Kesehatan Dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Keluarga Dengan Hipertensi - Pilot Study	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan	Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif dengan desain <i>pre experimental</i> berupa <i>the one group pretest-</i>	Terhadap 37 responden yang diperoleh secara <i>simple random sampling</i>	Menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan ($p = 0,0001$), sikap ($p = 0,0001$) dan	Indonesia

Ainal Mardhiah, Asnawi Abdullah, Hermansyah	n, sikap <i>posttest</i> dan <i>design</i> keterampilan keluarga dengan hipertensi	keterampilan (p = 0,0001)
Jurnal Ilmu Keperawatan ISSN: 2338-6371 Mardhiah	di Kemukiman Bluek GrongGrong Kecamatan Indrajaya Kabupaten Pidie	

2.4.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat untuk perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada rencana asuhan keperawatan yang telah disusu sebelumnya, (Gusti, 2013).

Tindakan perawat terhadap keluarga mencakup dapat berupa :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - a. Memberikan informassi : penyuluhan atau konseling.
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
 - a. mengidentifikasi konsekuensi tindakan dan jika tidak melakukannya
 - b. mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Memberi kepercayaan keluarga diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit :
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan dengan fasilitas yang ada di rumah
 - b. Mengawasi keluarga melakukan tindakan keperawatan
4. Membantu keluarga menentukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada :
 - a. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.4.6. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

S = respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

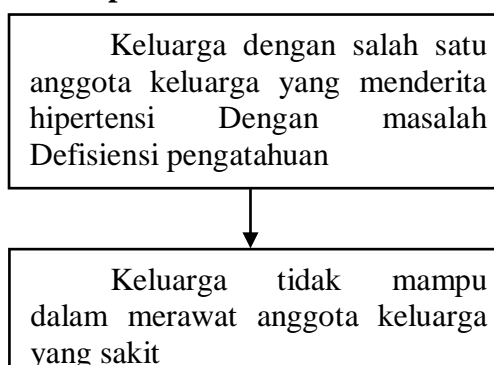
O = respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

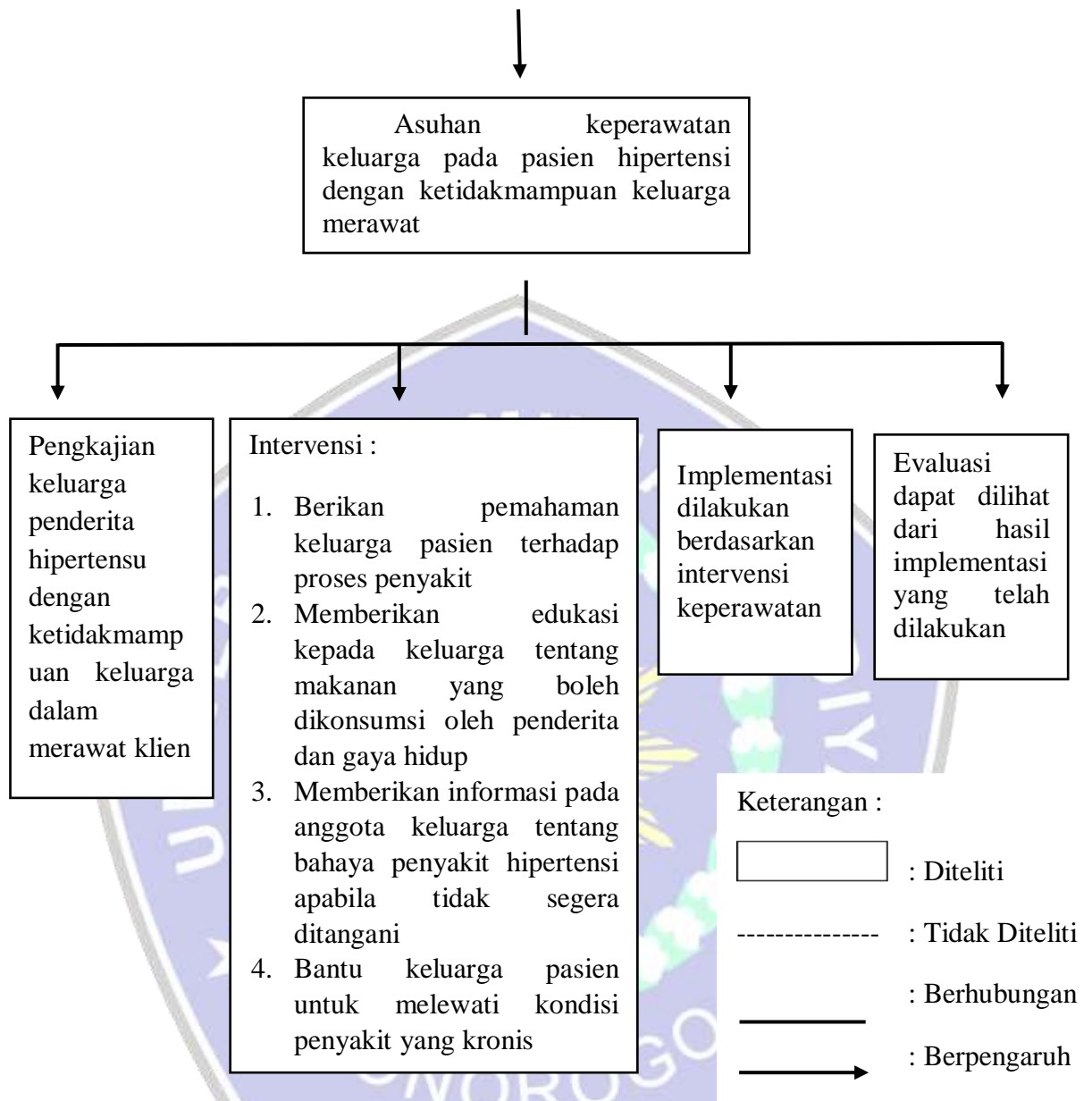
A = analisa ulang data atas subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada

P = perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons klien.

Rencana tindak lanjut berupa rencana diteruskan jika masalah tidak berubah, rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan, rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan, rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru (Hermanus,2015).

2.4 Hubungan Antar Konsep





Gambar 2.2 : Kerangka teori Asuhan keperawatan keluarga pada penderita hipertensi dengan masalah keperawatan defisiensi pengetahuan.

2.5. Dari Segi Ke-Islaman

Religiusitas adalah ukuran seberapa jauh pengetahuan, seberapa kokoh keyakinan, seberapa besar pelaksanaan akidah dan seberapa dalam penghayatan atas agama yang dianutnya (Ancok, 2006). Faktor religiusitas seseorang memegang peranan cukup penting terhadap seseorang dalam

menangani stressor sosial psikologik seseorang. Dalam ranah psikologi Islam, seseorang yang mengenali dirinya, ia akan tunduk dan patuh pada Tuhannya (Mubarak, 2009). Secara alamiah manusia adalah fitrah manusia adalah fitrah, yang berpotensi baik atau buruk dimana aktualisasinya tergantung pilihannya. Komponen terpenting manusia adalah hati. Perilaku manusia tergantung pada hatinya, dengan kekuatan hati menjadikan manusia cenderung kepada yang benar, termasuk memiliki kearifan, kesabaran dan keikhlasan (Mujib, 2006). Religiusitas sangatlah erat hubungannya dengan agama, oleh karena itu, religiusitas sangatlah penting dalam kehidupan sehari-hari. Apabila agama kita bagus, kita tidak pernah takut dengan apa yang akan terjadi pada diri kita, terutama dalam menghadapi bencana sekalipun. Kita hanya bisa pasrah pada Allah SWT dan menerima apapun yang telah Allah berikan kepada kita. Kita tidak perlu merasa cemas dalam menghadapi apapun. Seperti dalam surat Al-Baqarah ayat 112:

(Tidak demikian) bahkan barangsiapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati.

Salah satu terapi yang diberikan selain farmakologi berupa obat antihipertensi adalah terapi psikologis digunakan sebagai terapi tambahan yang dibutuhkan karena reduksi terhadap stress psikologi yang dialami dan meningkatkan coping terhadap stress dapat memediasi turunnya tekanan darah pada penderita hipertensi (Linden dkk., 2001 dalam Anggraeni 2014). Terapi

komplementer disarankan untuk dilakukan seperti manajemen stress, biofeedback, relaksasi yoga, pilates, psikoterapi, hypnosis, meditasi transdental, meningkatkan spiritualitas dan religiusitas (Rice, 1999 dalam Anggraeni 2014). Pendekatan pada agama menjadi salah satu bentuk coping dalam menghadapi kecemasan dan stress. Religiusitas dapat menjadi medikasi terapeutik tanpa memandang agama, ras dan warna kulit, misalnya dalam meningkatkan coping, dukungan sosial, optimis dan harapan, mengurangi depresi dan kecemasan, serta mendukung perasaan relaksasi.

Al-Qur'an merupakan obat yang komplit untuk segala jenis penyakit, baik penyakit hati maupun penyakit fisik, baik penyakit dunia maupun penyakit akhirat (Ad-Dihami, 2005). Al-Qur'an yang berisi tartil yang berupa doadoa yang lembut berefek memberikan vibrasi yang kuat kepada perubahan mental dan mengandung kekuatan penyembuhan dapat menghibur perasaan sedih, menenangkan jiwa yang gelisah dan membersihkan serta melunakkan hati yang keras serta mendatangkan petunjuk. Ketenangan dan kebahagiaan jiwa merupakan hal yang prinsipil dalam kesehatan mental dan manfaat tersebut menjadi landasan dalam psikoterapi (Sangkan, 2004). Membaca Al-Qur'an mempengaruhi proses kimiawi yang terjadi dalam tubuh manusia sehingga dapat berfungsi aktif dan sempurna. Persenyawaan kimia gen yang melibatkan ADN (Asam Deoksiribo Nukleat) dan ARN (Asam Ribo Nukleat) mengatur kode-kode, kemudian diterjemahkan dalam bentuk hormon-hormon dan enzim-enzim. Semuanya dapat dipengaruhi sekaligus menurunkan emosi (temperamental) pada diri manusia secara kimiawi (Cambell D, 2002). Ketika diperdengarkan Muratt al, maka harmonisasi dalam Muratt al yang indah akan

masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam serta menggetarkan sel-sel rambut di dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanandan otak kiri. Hal ini akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena Muratt al dapat menjangkau wilayah kiri kortek cerebri (Purna, 2006).



